Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7id13293060

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

N° 4.

Poitiers,

DE L'IMPRIMERIE DE F.-A. SAURIN.

1840.

38332

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

Considérations pratiques sur les causes, la nature, le traitement et les récidives des fièvres intermittentes qui régnèrent dans l'automne de 1838 *et au printemps suivant;* par M. Jolly.

Messieurs,

Frappé des nombreuses récidives des fièvres intermittentes qui régnèrent dans notre ville et les campagnes environnantes dans l'automne de 1838 et au printemps suivant, j'eus l'honneur de vous proposer, à votre séance du 8 mai dernier, de vous occuper de ces fièvres, afin de rechercher les agents thérapeutiques qui, en les combattant avec avantage, préviendraient leurs récidives, dont la fréquence était fâcheuse pour les malades et pénible pour les médecins.

Un sujet aussi important, plein d'actualité, fit naître de suite parmi vous de lumineuses réflexions ; cependant la discussion, n'ayant pas reçu tous les développements désirés, fut renvoyée à la séance suivante. Plusieurs membres de la Société, pénétrés de l'utilité et de l'opportunité de ma proposition, m'engagèrent même à la

formuler par écrit, et à exposer succinctement mes idées et mon opinion sur ce point intéressant de pathologie. Ils pensèrent qu'en procédant ainsi, on fixerait plus facilement les limites dans lesquelles la discussion doit être maintenue, en lui donnant néanmoins toute l'extension qui lui convient.

M'étant rendu aux excellentes raisons de mes honorables collègues, je viens vous présenter aujourd'hui le résultat de mes observations et de mes réflexions, que des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché, jusqu'à ce moment, de vous soumettre.

Il est difficile d'assigner, d'une manière précise, la cause générale et déterminante des fièvres intermittentes qui régnèrent dans l'automne de 1838, qui cessèrent presque entièrement en janvier et février suivants, pour reparaître dès les premiers jours de mars et continuer pendant tout le printemps. Nous ne pouvons les attribuer qu'aux fréquents changements de l'atmosphère : en effet, dans cet automne, les différents vents se succédèrent avec rapidité ; une grande variation dans l'état du ciel se manifesta ; aucune température ne fut bien stable. Nous ferons les mêmes remarques pour la plus grande partie du printemps de l'année 1839 ; les temps d'humidité, de pluie, de sécheresse et de chaleur, se succédèrent alternativement avec promptitude. Ce ne fut absolument que dans les derniers jours de cette saison, à commencer du 14 juin, que la chaleur fut très-forte et continue, que les orages, la pluie, la grêle furent très-fréquents, et causèrent par leur violence et leur répétition de grands sinistres dans plusieurs points de notre département et dans beaucoup d'autres.

Les lieux marécageux parurent, comme à l'ordinaire,

favoriser le développement de ces fièvres. Cependant les habitants des plaines, ceux des terrains élevés, n'en furent point exempts. Quelquefois ces affections furent aussi nombreuses dans ces localités que dans celles entourées, soir et matin, de brouillards très-épais. Dans les grandes réunions d'hommes, comme dans les casernes, où les règles de l'hygiène, sagement conseillées, ne sont observées que faiblement, où il se fait souvent des excès, elles se montrèrent en très-grand nombre. Dans les établissements publics, comme dans les pensionnats, où l'ordre, ladiscipline sont facilement maintenus, où tous les écarts de régime sont presque évités, on n'en remarqua que quelques exemples.

En général, tout ce qui était susceptible de porter de la débilité, un trouble plus ou moins grand dans l'économie, placée déjà sous l'influence de causes presque inappréciables répandues dans l'atmosphère, produisait promptement les phénomènes pathognomoniques des fièvres intermittentes : celles-ci prenaient tel ou tel caractère de bénignité ou de gravité, suivant les dispositions dans lesquelles se trouvaient les organes et les fonctions au moment où était mise en jeu l'action du principe morbide.

Au début du mouvement fébrile, les divers systèmes, les divers appareils, n'étaient point affectés au même degré; souvent un refroidissement général, des vomissements plus ou moins répétés, une violente céphalalgie sus-orbitaire, de fortes douleurs contusives dans les membres inférieurs et dans la région lombaire, un pouls petit et concentré, se manifestaient ; dans certains cas, ces mêmes phénomènes étaient peu sensibles, et quelquefois même les uns ou les autres n'existaient pas.

A cette période de concentration, variable par sa durée, succédait celle de réaction, plus ou moins forte, accompagnée de tous les symptômes qui signalent une excitation générale de l'économie. Cette perturbation ne se faisait pas également ressentir sur tous les organes : c'était l'estomac, les intestins, la rate, le cerveau, le cœur, les poumons, et les fonctions que ces viscères remplissent, qui annonçaient le plus de trouble.

Des congestions sanguines paraissaient quelquefois vouloir s'établir vers l'un de ces organes. Si les hypérémies actives dont ils étaient alors le siége se continuaient trop longtemps ou se répétaient plusieurs fois avec la même force, il en résultait des inflammations consécutives, susceptibles de laisser après elles des traces de lésions pathologiques.

Cette période de réaction, dont la durée variable ne dépassait presque jamais vingt-quatre heures, se terminait par une transpiration plus ou moins abondante. Dans quelques cas, cependant, celle-ci était presque nulle.

Souvent ces fièvres prenaient le type tierce, rarement le type quotidien, plus rarement encore le type quarte. Il y avait ordinairement moins d'intensité dans le premier accès que dans le second et le troisième. Les suivants, par leur force, étaient à peu près semblables à ces derniers. Des doubles tierces, des doubles quartes, des sub-intrantes, se montrèrent aussi, mais bien moins fréquemment que toutes les autres.

On voyait souvent les maladies qui existaient alors, qu'elles fussent internes ou externes, se compliquer de mouvements fébriles, plus ou moins intenses, de nature intermittente.

Quelle était la nature de ces fièvres? Nous ne pouvons

point les considérer comme le résultat de l'inflammation d'un ou de plusieurs organes de l'économie. Si un état inflammatoire en eût été la cause organique, leur type n'eût point été intermittent; toutes les phlegmasies ont une marche continue, sans interruption, avec ou sans exacerbation. Des auteurs disent bien, il est vrai, qu'il y a des phlegmasies intermittentes; mais ne sont-ils point dans l'erreur? Les lésions pathologiques sur lesquelles ils se sont appuyés ne sont-elles point le résultat d'inflammations concomitantes ou consécutives, et non primitives? N'ont-ils point pris des effets pour des causes? Le traitement tonique et stimulant, qui a été employé fréquemment et qui a réussi parfaitement bien dans le traitement de ces fièvres, eût certainement exaspéré tous les symptômes qui les caractérisaient, si réellement il y avait eu inflammation. Si, dans certains cas, on mettait en usage les antiphlogistiques, aidés des révulsifs, ce n'était que pour combattre ces congestions sanguines qui se montraient momentanément vers les organes situés dans l'une des trois cavités splanchniques. Réitérés ou non pendant l'existence de ces hypérémies, ou lorsqu'il y avait complication d'un état inflammatoire, ils diminuaient seulement l'intensité des symptômes d'excitation, sans en prévenir le retour.

Il est bien plus rationnel de regarder ces fièvres comme des *névroses actives* spéciales. Leurs causes prédisposantes et occasionnelles, les phénomènes qui marquaient leur invasion, leur marche, leur type qui appartient en général au système nerveux, leurs diverses méthodes de traitement, se réunissent pour confirmer notre opinion et faire juger que la lésion pathologique était essentiellement nerveuse. En effet, ces fièvres ne furent combattues avec succès

que par des moyens susceptibles de modifier le système nerveux, en augmentant la tonicité des divers tissus. Souvent, dans des cas analogues, on employa avec avantage les narcotiques, combinés avec les anti-spasmodiques. Cette médication, sans aucun doute, n'eût produit aucun effet heureux, si le système nerveux n'eût pas été affecté. Ces agents thérapeutiques ne se montraient cependant pas aussi efficaces que le quinquina : ils remédiaient à l'irritation nerveuse, il est vrai ; ils la suspendaient même entièrement dans certaines circonstances ; mais ils ne dissipaient nullement la faiblesse générale dont étaient frappés les différents tissus par les causes de la maladie et par la répétition successive des accès fébriles. C'est aux diverses préparations de l'écorce du Pérou qu'étaient réservés ces précieux avantages. Réunissant au plus haut degré les vertus toniques combinées avec les propriétés capables de détruire la périodicité, elles triomphaient promptement de la maladie. D'autres médications, susceptibles de produire un ébranlement général dans l'économie, et spécialement dans l'appareil digestif, paraissaient bien offrir certaine efficacité ; mais presque jamais elles n'étaient aussi promptes et aussi sûres dans leurs effets. En revanche, si elles produisaient la guérison, celle-ci était plus solide, et par conséquent moins sujette aux récidives.

D'après l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature de ces fièvres, deux indications, selon nous, se présentaient à remplir dans le traitement de ces maladies : 1° détruire la périodicité en combattant l'irritation nerveuse ; 2° prévenir les récidives en ranimant la vitalité de l'organisme, et en faisant observer les sages préceptes de l'hygiène.

Pour satisfaire à la première indication, nous em-

ployâmes tour à tour les émétiques, les purgatifs, les amers, les émissions sanguines générales et locales, les narcotiques seuls ou combinés avec des fébrifuges, le quinquina et le sulfate de quinine. Nous n'avons point fait usage des affusions d'eau froide, des immersions, des préparations arsénicales, du tourniquet, de la potion de Peysson, etc. Parmi les premiers moyens, nous choisissions ceux qui nous paraissaient le plus appropriés à l'âge, au sexe, au tempérament, à la constitution individuelle, aux symptômes et aux complications de la maladie.

Nous n'avons que fort rarement employé les émétiques, dans la crainte d'augmenter les spasmes de l'estomac ; on ne peut cependant dissimuler leur efficacité, toutes les fois que ce viscère ne présente aucun signe d'inflammation concomitante. Les secousses générales qu'ils provoquent, l'influence spéciale qu'ils exercent d'abord sur lui, et consécutivement sur toute l'économie, doivent contribuer à rompre la périodicité fébrile, autant que les évacuations bilieuses qui en sont le résultat. Combien de fois n'avons-nous pas vu la maladie, dans des cas analogues, cesser immédiatement après l'emploi de cette médication perturbatrice ?

Nous avons mis souvent en usage, au contraire, les purgatifs : nous les regardions comme très-utiles par l'ébranlement et l'excitation qu'ils produisaient, d'abord dans l'appareil digestif, et secondairement dans tous les autres. Nous y avions recours toutes les fois que les accès fébriles étaient peu intenses, et qu'il n'y avait rien à craindre de leur retour. C'est des cathartiques et non des laxatifs qu'il fallait attendre des effets avantageux. Ces derniers étaient presque sans influence, preuve non dou-

teuse que ce ne sont pas seulement les évacuations alvines qui produisent de l'amélioration chez le malade, et quelquefois sa guérison, mais bien plutôt l'excitation et la révulsion sur l'appareil digestif, dépendant de l'action des substances qui la provoquent. Le jeune A., âgé de 16 ans, pensionnaire au Collége royal, demande à rentrer chez ses parents, à cause d'une fièvre tierce dont il avait eu déjà deux accès ; il fut purgé deux fois avec l'huile de palma-christi, et prit ensuite le sulfate de quinine dans l'intermittence, à la dose de neuf grains en trois fois. La fièvre, dont l'intensité n'avait point été diminuée par l'effet du laxatif employé, se dissipa promptement sous l'influence de cette seconde médication, qui fut répétée après l'accès suivant. A la fin du second septénaire, la maladie récidiva, malgré l'usage prolongé, à dose décroissante, du sulfate de quinine. A cette époque, la langue étant très-large, couverte dans toute son étendue d'un enduit jaunâtre, sans rougeur, on eut recours au même minoratif qui fut suivi d'abondantes évacuations. Malgré les effets de cette médication, il y eut un second accès qui fut très-violent, accompagné de délire : nouvelles doses de sulfate de quinine, qui firent disparaître la fièvre. Deuxième récidive vers le quinzième jour de la guérison ; nouvel emploi du sulfate de quinine, suivi d'infusions amères. Cessation encore très-prompte de la fièvre. Troisième récidive au seizième jour : langue dans le même état qu'à la seconde ; vomissements : on purge le malade avec le séné, la rhubarbe et le sulfate de soude ; nouvelle disparition de la fièvre, qui n'a pas eu lieu depuis dix-huit mois, et qui a été suivie d'une parfaite santé.

Cette observation est une nouvelle preuve pour nous que, dans les fièvres intermittentes, les cathartiques sont

plus avantageux que les laxatifs; que ces fièvres sont moins sujettes à récidiver lorsqu'elles se dissipent après les purgatifs qu'après le sulfate de quinine, surtout si la guérison est soutenue par l'emploi des toniques.

Parmi les fébrifuges indigènes, nous choisissions la camomille romaine, la petite centaurée, la germandrée et la gentiane. Ces substances ne se sont pas montrées très-efficaces pour dissiper la périodicité fébrile, surtout dans l'automne : au printemps elles ont paru avoir plus d'activité; mais le succès qui suivait à cette époque leur administration, tenait peut-être autant au changement de l'atmosphère, qui devenait chaque jour moins variable, moins humide, et par conséquent moins débilitante, et à l'affaiblissement de la cause morbifique, qu'aux propriétés fébrifuges de ces amers. D'ailleurs n'arrive-t-il pas souvent que les fièvres vernales se dissipent après les premiers accès, ou au moins vers le sixième ou septième, par les seules forces de la nature? Aussi des praticiens veulent-ils qu'on attende jusqu'au moment où ces accès sont passés, pour faire usage des médicaments qui doivent être opposés à ces maladies. Ce conseil est salutaire, lorsque les mouvements fébriles diminuent progressivement, qu'ils sont peu intenses, et qu'ils ont lieu au printemps ou dans l'été; mais en général il vaut mieux employer de suite les moyens convenables, afin de prévenir les accidents et la tendance qu'ont les organes à reproduire les mêmes phénomènes. Mais si ces substances se sont montrées peu actives pour détruire la périodicité fébrile, elles nous ont semblé, au contraire, dans tous les cas où elles ont été mises en usage, exercer une action stimulante et tonique bien marquée sur l'ensemble de l'organisme.

Nous n'avions recours aux saignées générales que lors-

que nous voyions des congestions sanguines s'établir sur les organes parenchymateux. Nous leur préférions les sangsues, si ces congestions se montraient dans quelques points du canal digestif. On se bornait à ces premiers moyens ou on les réitérait suivant l'exigence des cas. Si le premier ou le second accès inspiraient par leur violence quelques craintes sur les caractères ou la terminaison du suivant, on administrait, aussitôt l'intermittence survenue, le sulfate de quinine. Quelquefois ces émissions sanguines étaient sans effet; d'autres fois elles diminuaient immédiatement, en abrégeant sa durée, la violence de la période d'excitation. Dans un seul cas nous les avons vues faire cesser la périodicité. M. G., âgé de 25 ans, avait déjà éprouvé deux récidives d'une fièvre intermittente tierce, dont les accès étaient marqués par de violentes céphalalgies et une forte injection des conjonctives. Une saignée du bras de 375 grammes fut faite au premier accès de la troisième récidive. Celui-ci se termina promptement par une transpiration abondante, et depuis 15 mois ce malade n'a pas éprouvé de fièvre.

Dans le traitement des fièvres intermittentes dont nous nous occupons, comme dans celles qui les ont précédées, nous avons mis le plus habituellement en usage les préparations de sulfate de quinine, comme le fébrifuge par excellence : seules ou combinées avec les narcotiques, elles détruisaient promptement la périodicité, rarement elles manquaient leur effet avantageux. Dans certains cas, leur emploi était suivi de vomissements, de diarrhée provenant de l'excitation qu'elles produisaient; alors on les suspendait de suite. Souvent nous ne les mettions en usage qu'après une ou deux purgations, ou bien après les émissions sanguines. Notre détermination, sur ce point,

était basée sur l'intensité des symptômes et sur les complications de la maladie.

C'est le sulfate de quinine en substance que nous avons le plus souvent employé. Il était administré par la bouche ou le rectum, quelquefois par ces deux voies à la fois, lorsque nous redoutions la violence de l'accès suivant; si nous craignions l'irritation de l'estomac, par la dernière seulement. Chez les personnes irritables, nous y ajoutions avec avantage l'extrait gommeux d'opium ou quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Dans tous les cas, lorsque l'accès périodique était détruit, on continuait le fébrifuge pendant une huitaine de jours, à dose décroissante. On soutenait ses effets par les amers indigènes dont il a été déjà fait mention.

Ces diverses médications, en détruisant la périodicité fébrile, combattaient avec avantage l'irritation nerveuse dont s'accompagnaient les accès de fièvre; les émétiques et les purgatifs agissaient par la révulsion qu'ils opéraient des centres nerveux sur les organes digestifs, et par les heureuses modifications qu'ils produisaient dans tout l'organisme; les amers, le quinquina et le sulfate de quinine, par leurs propriétés spécifiques, qu'on peut regarder comme toniques et anti-spasmodiques; les narcotiques enfin, par leur action sédative sur le système nerveux.

Malgré toutes les précautions indiquées, il arrivait souvent que la fièvre récidivait vers le second ou troisième septénaire: on administrait une seconde fois le sulfate de quinine; il triomphait facilement de la fièvre, si elle était sans complication; mais elle revenait quinze ou dix-huit jours après. Dans l'automne de 1838, les choses se passèrent fréquemment ainsi, jusqu'au commencement de l'hiver; elles recommencèrent au printemps suivant, et

ne finirent que vers la fin de cette saison. Dans les derniers jours de juillet 1839, elles se manifestèrent de nouveau ; à la fin d'août, elles parurent devenir moins fréquentes, et elles furent remplacées par des cholérines très-intenses. A cette époque même, nous observâmes trois cas de choléra sporadique, avec les symptômes les plus violents, ayant beaucoup d'analogie avec le choléra asiatique, ce qui les fit regarder par plusieurs personnes qui s'étaient trouvées au milieu des épidémies cholériques, comme étant réellement cette dernière maladie. Nous avons l'intention, dans la prochaine séance, de vous donner les observations des trois malades que nous avons soignés.

Occupons-nous maintenant des agents modificateurs relatifs à la seconde indication. Toutefois, avant de parler des moyens susceptibles de prévenir les récidives, il est convenable d'indiquer les causes qui les produisent. De tout temps les fièvres intermittentes ont récidivé ; mais leurs rechutes, il nous semble, sont bien plus fréquentes maintenant qu'il y a vingt-cinq à trente ans. A quoi celles-ci sont-elles dues? Pourquoi même, dans cette dernière épidémie, ont-elles été plus nombreuses que dans d'autres ? Il est difficile de résoudre entièrement la question ; néanmoins nous allons émettre notre opinion sur ce point de pathologie.

Les causes qui ont produit si souvent les récidives des fièvres intermittentes dont nous parlons, sont : l'action continue des causes déterminantes dont la nature nous est inconnue, les variations nombreuses de l'atmosphère, surtout le froid et l'humidité succédant fréquemment à une assez forte chaleur, la puissance de l'habitude, ou la tendance qu'ont les organes à reproduire les mêmes phé-

nomènes, le défaut d'usage presque absolu des vomitifs et des purgatifs, enfin l'inefficacité du sulfate de quinine comme tonique.

Dans un temps qui n'est pas encore très-éloigné de nous, les praticiens étant convaincus que la plupart des fièvres intermittentes dépendaient, non-seulement d'une disposition particulière de l'état atmosphérique, mais encore d'un état saburral des premières voies, pour me servir de l'ancien langage, pensaient qu'on ne pouvait les détruire qu'en administrant des vomitifs et des purgatifs. Maintenant beaucoup de médecins regardant le plus grand nombre de ces fièvres comme des inflammations intermittentes du canal digestif, n'emploient, conséquents avec eux-mêmes, que fort rarement ces agents thérapeutiques. D'autres personnes de l'art craignant d'augmenter par les purgatifs et surtout les vomitifs l'irritation nerveuse qui se développe dans l'estomac et les intestins par l'effet de ces fièvres et de leur cause, ne mettent en usage que dans bien peu de cas ces mêmes moyens. De sorte que, soit par un motif ou par un autre, on a abandonné presque entièrement ce genre de médication, ce qui est très-favorable, selon nous, aux récidives des maladies dont nous parlons.

Sous ce rapport, et d'après nos propres observations, nous pensons que toutes les fois qu'il n'y a aucune contre-indication dépendante d'un état inflammatoire concomitant ou consécutif, ou d'une irritation nerveuse excessive fixée sur le tube digestif, il serait avantageux, en commençant le traitement des fièvres intermittentes, d'avoir recours aux vomitifs et aux purgatifs. Les cathartiques seront toujours employés de préférence aux laxatifs. Composés de substances excitantes, ils opéreront sur

le canal intestinal un effet stimulant et révulsif qui ne sera pas sans utilité. Pendant la durée de l'épidémie dont il est question, les rechutes sous leur influence se sont moins répétées. Au commencement de notre pratique, il y a vingt-sept ans, nous ne négligions jamais, d'après les principes qui nous avaient été enseignés, l'emploi des vomitifs et des purgatifs, si nous n'apercevions, chez les malades confiés à nos soins, aucune contre-indication. A cette époque, nous observions bien moins, il nous semble, de récidives.

En cherchant à prévenir le retour périodique des fièvres intermittentes, nous sommes quelquefois parvenus à obtenir une guérison complète, en administrant tous les deux septénaires, pendant deux mois au moins, douze décigrammes de sulfate de quinine en six doses. Si l'on ne craignait pas de produire une surexcitation de l'estomac, il serait peut-être possible aussi de combattre avantageusement cette tendance aux récidives, en administrant cet agent thérapeutique, à forte dose, dans un espace de temps très-court, dans vingt-quatre heures par exemple. La femme C., rue des Carmélites, fut attaquée, il y a dix mois environ, d'une fièvre intermittente tierce, avec sentiment de défaillance et léger délire pendant les accès. De suite, à cause de la violence de ceux-ci, nous prescrivîmes quinze décigrammes de sulfate de quinine, en dix pilules, dont quatre dans la première intermittence, et égale quantité dans la seconde; chaque pilule devait être prise à trois heures de distance : au lieu de suivre exactement la prescription, la malade prit en trois fois, et dans le même jour, la totalité du sulfate de quinine indiqué; la fièvre fut entièrement coupée; mais il resta beaucoup de douleur et de chaleur

à l'estomac, ce qui nous engagea à conseiller les adoucissants ; dans huit jours ces effets se dissipèrent, une santé parfaite fut récupérée, et la fièvre n'a pas récidivé.

Malgré les avantages que peut avoir le sulfate de quinine, administré suivant la première de ces méthodes, nous croyons cependant qu'il est inefficace dans plusieurs circonstances, pour s'opposer à l'action des causes qui produisent les récidives des fièvres intermittentes. Sans doute, ce précieux agent thérapeutique jouit des plus grandes propriétés fébrifuges. Administré convenablement, dans le cas où il n'y a aucune complication, il ne manque presque jamais de faire cesser les accès franchement intermittents ; il peut même être regardé comme spécifique : mais peut-il être considéré comme un tonique aussi puissant que certaines substances bien connues? imprime-t-il à l'économie d'assez fortes modifications pour la faire résister à l'action des principes morbides répandus dans l'atmosphère? enfin, peut-il remplacer, sous tous les rapports, et sans aucun désavantage, l'écorce précieuse dont la base de ce sel est extraite? Nous ne le pensons pas, et voici les motifs sur lesquels nous nous appuyons.

Les fièvres intermittentes traitées par le quinquina, avant la découverte du sulfate de quinine, récidivaient bien moins fréquemment que celles qui sont guéries par cette dernière substance. Les préparations de l'écorce du Pérou, comme le vin par exemple, soutiennent bien mieux la guérison obtenue que le sulfate de quinine continué à dose décroissante. D'où viennent de pareils avantages? Sans doute, des nombreux principes qui entrent dans la composition du quinquina et qui n'existent pas dans le sulfate de quinine, peut-être même du mélange

de ces mêmes principes qui, par leur combinaison intime, peut produire des effets inappréciables par les meilleurs réactifs chimiques.

Des infusions amères toniques, telles que celles de camomille, de petite centaurée, de germandrée, des décoctions de gentiane, nous ont paru concourir avantageusement à soutenir la guérison obtenue par le sulfate de quinine.

Mais de tous les moyens les plus efficaces pour prévenir les récidives, nous regardons comme les plus puissants les préparations ferrugineuses. L'eau de Vichy surtout a été souvent suivie de succès dans des cas où les malades, aussi fatigués par l'usage des différents moyens fébrifuges que par les récidives de la fièvre, ne conservaient plus d'espoir de guérison que dans les efforts de la nature et les changements de saison. Mme D., d'une faible constitution, étant aux eaux de Bilazay, fut atteinte, à la fin de septembre 1838, d'une fièvre intermittente tierce, dont les accès étaient sub-intrants. Le deuxième et surtout le troisième ayant été très-violents, et une congestion sanguine paraissant vouloir s'établir vers la tête, on fit une saignée du bras qui soulagea la malade. A la suite de cette évacuation sanguine, il y eut moins d'intensité dans les mouvements fébriles. On donna le sulfate de quinine, et la fièvre fut coupée. Quinze jours après, elle revint; on eut recours une seconde fois à la même médication. Enfin, cinq rechutes successives de la fièvre eurent lieu. La malade ayant pris beaucoup de sulfate de quinine, et ayant ouï dire que ce médicament fatiguait beaucoup l'estomac, nous déclara qu'elle ne voulait plus en prendre, qu'elle aimait mieux garder la fièvre. Cependant, malgré ses pro-

testations, nous obtînmes qu'elle ferait encore usage du même moyen, mais une fois seulement. Après l'avoir purgée, nous lui donnâmes donc le fébrifuge en suffisante quantité pour détruire la périodicité fébrile. La fièvre ayant encore été coupée, nous lui conseillâmes les eaux de Vichy à la dose de trois verrées chaque matin, mêlées avec un tiers d'infusion de tilleul. Notre prescription fut suivie exactement pendant trois semaines, et depuis cette époque la fièvre n'a pas reparu.

Sans doute que les préparations ferrugineuses, qui sont essentiellement toniques, impriment aux divers tissus et aux divers appareils de l'économie une excitation et une stimulation spéciales qui leur donnent la faculté de résister à l'action des causes capables de produire le retour des fièvres intermittentes.

Il est inutile de dire ici qu'en administrant les toniques et les excitants, nous recommandions aux convalescents d'éviter soigneusement une alimentation trop abondante, les divers excès, les émotions morales, l'impression du froid et de l'humidité, surtout le soir et le matin, et aux heures où les accès fébriles se manifestaient. Un exercice régulier, sans fatigue, fait chaque jour par un beau temps, l'air de la campagne, l'habitation des lieux élevés, éloignés des rivières, étaient aussi très-salutaires. Les voyages, les changements de pays, les distractions agréables contribuaient également, non-seulement à prévenir les récidives, mais encore à produire la guérison.

Le jeune G., âgé de 19 ans, serrurier, travaillant depuis quelque temps dans un château sur la Vienne, près de Lussac, éprouva successivement, dans le printemps de 1839, plusieurs récidives d'une fièvre intermittente tierce, pour laquelle il prit beaucoup de sulfate

de quinine. A la quatrième, il préféra se rendre à Poitiers plutôt que de prendre encore une fois le fébrifuge indiqué. Arrivé dans cette ville, il ne s'aperçut plus de la fièvre. Après un séjour de cinq à six semaines chez ses parents, il retourna à son chantier : mais peu de temps après, il fut encore atteint de la même maladie, dont il s'est délivré en faisant usage du moyen qu'il avait déjà employé une première fois, avec beaucoup de plaisir et de succès.

Telles sont nos observations et nos réflexions sur le sujet dont il est question. Nous aurions pu les étendre ; mais la crainte de répéter ce qui a été dit très-souvent nous a engagé à fixer les limites de notre travail au point où nous nous sommes arrêté.

La lecture du mémoire de M. Jolly est suivie d'une discussion.

M. *Abribat* prend le premier la parole, et déclare que, se renfermant dans les limites de la proposition faite par M. Jolly, il se bornera à présenter quelques réflexions sur les caractères et le traitement des fièvres qui ont régné à Poitiers et dans les localités voisines pendant l'automne de 1838 et le printemps de 1839. Après avoir rappelé deux aphorismes d'Hippocrate sur l'influence des vicissitudes atmosphériques pour la production des maladies et sur la longueur et la persistance des maladies d'automne, il fait l'application de ces deux sentences du père de la médecine aux fièvres qui font l'objet de cette discussion. En effet, la fréquence des alternatives du froid et de la chaleur, les récidives nombreuses et la résistance des fièvres ont été généralement constatées : si l'on cherche à déterminer la nature de ces fièvres,

l'examen des symptômes et l'étude des moyens thérapeutiques qui ont obtenu le plus de succès permettent d'établir que le siége de ces maladies doit être rapporté au système nerveux, et que leur cause tend à faire naître dans l'économie animale un état particulier de faiblesse. Les phénomènes observés pendant cette épidémie ont été les mêmes que ceux déjà établis par tous les auteurs qui ont écrit sur la fièvre intermittente; les trois stades se succédaient avec régularité, et quand la maladie était exempte de complication, sa marche était uniforme; toutes les variétés de types ont été rencontrées, et si l'inflammation des viscères a été signalée, elle appartenait constamment aux complications, et devait être regardée comme étant tout-à-fait indépendante de la nature même de la fièvre. Le traitement opposé à ces fièvres a été le même que celui que nous avons employé depuis 25 ans dans des circonstances semblables; seulement, le caractère et la tendance aux récidives des fièvres actuelles ont bientôt fait connaître la nécessité d'importantes modifications, quant à la dose et à la durée de l'administration des moyens fébrifuges. Le traitement suivi peut être résumé dans les propositions suivantes :

1° Le plus souvent on devait débarrasser les premières voies par les vomitifs ou les purgatifs, suivant les circonstances;

2° Quelquefois il était nécessaire de recourir à la fois, chez le même individu, à l'une et l'autre médication;

3° Les émissions sanguines soit générales, soit locales, ne paraissaient être d'aucune utilité;

4° Ce n'était qu'après l'emploi des vomitifs ou des purgatifs qu'il fallait prescrire les préparations fébrifuges; ces dernières devaient être employées à des doses plus élevées et continuées plus longtemps que dans les cas or-

dinaires de fièvres intermittentes; le sulfate de quinine en solution, à la dose de 10 à 15 centigrammes chaque jour, la dose la plus forte correspondant au jour de l'accès, devait être donné quinze jours ou trois semaines après la cessation complète de l'accès;

5° Les fréquentes rechutes signalées tiennent au défaut d'excussion des principes existant dans les premières voies et à la cessation trop prompte de l'emploi des moyens fébrifuges Un grand nombre de fièvres intermittentes ont été traitées par la méthode exposée, et quatre récidives seulement ont été observées.

M. *Jolly* ne pense pas que les fièvres qu'il a étudiées puissent être rattachées à un état d'atonie; la faiblesse n'est là qu'un effet et non pas la cause des phénomènes morbides : ces fièvres sont évidemment le résultat d'aberrations des fonctions du système nerveux; il n'est pas rare de les voir compliquées de congestions plus ou moins fortes vers les viscères, et cette fluxion sanguine se répétant à chaque excès, peut déterminer, vers l'organe qui en est le siége, une irritation plus ou moins vive, et nécessiter l'emploi des émissions sanguines; divers points inflammatoires peuvent alors se développer et constituer autant de complications des névroses qui forment le caractère essentiel de la fièvre. Les préparations émétiques ne pourraient-elles pas augmenter l'irritation nerveuse de l'estomac, et ne doit-on pas le plus ordinairement les remplacer par l'emploi des cathartiques? M. Jolly a eu souvent recours à ces derniers moyens, il a longtemps continué l'administration du sulfate de quinine, et néanmoins il n'a pu échapper dans sa pratique à de nombreuses récidives.

M. *Quotard* ne peut rapporter au système nerveux le siége des fièvres intermittentes; elles ont leur point de

départ dans l'irritation des voies gastro-intestinales ; le plus souvent l'estomac est l'organe essentiellement affecté ; des inflammations variées se développent pendant le plus grand nombre des réactions. Les émissions sanguines sont le plus souvent employées avec succès, soit contre la cause de la fièvre, soit contre les complications inflammatoires, et ensuite l'intermittence est combattue par le sulfate de quinine, dont les doses seront variées et plus ou moins prolongées suivant les caractères de la fièvre ; les vomitifs n'ont jamais été prescrits par lui, et dans quelques cas seulement des laxatifs ont été donnés. Par cette méthode, beaucoup de malades ont été traités et guéris de fièvres intermittentes; des récidives se sont manifestées, mais elles n'ont pas été plus fréquentes que chez les malades soumis à d'autres modes de traitement.

M. *de Morineau* se demande si les fièvres intermittentes sont constamment dues à la même cause. Si quelquefois on ne peut méconnaître un état d'irritation nerveuse, dans d'autres circonstances on peut constater un état d'inflammation ou de plénitude de certains organes. En 1835, il a vu M. Caizergues partager les fiévreux soumis à ses soins en différentes catégories, et obtenir la guérison par les méthodes les plus opposées ; chez les uns par les émétiques, chez d'autres par les purgatifs ; là, par les bains ou les préparations opiacées ; chez plusieurs enfin, par les diverses préparations de quinquina. Lorsque la fièvre intermittente a longtemps persisté chez un malade, il n'est pas rare de voir se développer vers les membranes muqueuses une atonie et une pâleur bien remarquables ; alors la nutrition devient difficile, et les principes médicamenteux portés sur de semblables surfaces ont peine

à être absorbés, ou du moins ne le sont que dans une bien faible proportion, et l'on ne peut se rendre maître des retours de la fièvre. Dans ces circonstances, M. Bretonneau emploie avec avantage le tartre stibié : une secousse favorable est ainsi donnée, et les préparations de quinquina peuvent être employées avec plein succès.

M. *Chambardel* rappelle les nombreuses variétés que présentent les fièvres intermittentes, suivant le sexe, les climats, les saisons, les constitutions épidémiques, et tant d'autres circonstances qui impriment à ces maladies une physionomie toute particulière. Ces modifications expliquent à la fois les opinions différentes des auteurs, et les résultats obtenus par des méthodes de traitement souvent opposées. Chez quelques malades soumis à ses soins, il a vu les accidents céder promptement à l'emploi des émissions sanguines au début, et à l'administration du sulfate de quinine. Dans trois cas de fièvre intermittente rebelle, il a prescrit avec avantage l'application sur la région du cœur de cataplasmes recouverts d'une couche légère de poudre de digitale, et en même temps il a donné à l'intérieur la décoction de feuilles de petit houx.

M. *Bonnet* rattache les fièvres intermittentes au système nerveux, et pense que les divers états inflammatoires ou fluxionnaires qui accompagnent quelquefois ces fièvres, ne peuvent être considérés autrement que comme des complications. Les causes du développement de ces fièvres sont souvent cachées; seulement il est bien constant qu'au voisinage des marais les fièvres intermittentes sont plus multipliées, et récidivent plus souvent, circonstances qu'explique facilement l'influence continuelle des causes de reproduction dans ces localités. L'absence de toute lésion organique lors des autopsies, la périodicité

observée dans ces fièvres, et que l'on retrouve comme caractère essentiel de la plupart des névroses, permettent déjà de penser que le siége des fièvres intermittentes doit être placé dans le système nerveux. Cette opinion se trouve confirmée par l'influence incontestable qu'exerce sur le système nerveux le sulfate de quinine, que l'on oppose avec tant de succès aux fièvres intermittentes, et dès lors la nature identique des affections nerveuses et des fièvres intermittentes se trouve révélée par cette analogie d'action thérapeutique dans les deux circonstances. Mais lequel des deux systèmes nerveux, du céphalo-rachidien ou du ganglionnaire, est affecté; ou bien ne sont-ils pas affectés tous les deux à la fois? L'examen des symptômes, les modifications profondes apportées aux sécrétions, l'abondance de la sueur, et les changements observés dans la composition chimique des urines et dans celle du sang, permettent de croire que le système nerveux de la vie ganglionnaire est spécialement affecté.

Les fièvres intermittentes ne peuvent être considérées comme des irritations, non plus que comme des sub-inflammations. La phlegmasie, quand elle existe, n'est qu'une complication, et réclame souvent l'emploi d'un traitement spécial.

Le quinquina et ses préparations, surtout le sulfate de quinine, jouissent dans toutes les fièvres intermittentes d'une efficacité incontestable; leur administration doit varier suivant les caractères de la fièvre, et il est peut-être vrai que généralement on donne le sulfate de quinine à des doses trop faibles; les doses assez minimes que l'on prescrivait il y a quelques années, ne peuvent suffire aujourd'hui, que la cause de ces fièvres paraît jouir d'une

plus grande activité. Cependant il ne faudra pas oublier que ce sel à des doses élevées produit sur l'économie, et spécialement sur le système nerveux, de graves désordres. Déjà MM. Bretonneau, Trousseau, et d'autres praticiens, avaient signalé ce fait, que la pratique médicale, en Algérie, vient de confirmer de la manière la plus évidente. Un officier du génie, digne de toute confiance, a vu traiter en Algérie de nombreuses fièvres intermittentes, et lui-même en a été longtemps affecté ; ce n'est qu'en France qu'il a pu la voir disparaître sans retour : il raconte qu'en Afrique l'on ne peut guérir les fièvres que par des doses très-fortes de sulfate de quinine, et alors on observe souvent, peu de temps après l'ingestion du sel fébrifuge, la perte d'un ou de plusieurs sens, ou bien une autre lésion de l'innervation ; ces phénomènes n'apparaissent que pendant l'action du sulfate de quinine, et dans l'intervalle des accès de fièvre. Lui-même, chaque fois qu'il prenait 90 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, devenait sourd pendant deux heures, et quelquefois pendant un plus long espace de temps. Le 15e volume du Journal de Médecine de la Loire-Inférieure rapporte un exemple de mutisme survenu après l'usage du sulfate de quinine, et se renouvelant chaque fois qu'une nouvelle administration du sel était faite.

L'usage trop longtemps continué de ce sel peut déterminer une irritation ou même l'inflammation de la muqueuse gastrique ; d'autres fois le tube gastro-intestinal, avant la fièvre, ou par la répétition fréquente des accès, est atteint d'irritation qui s'oppose encore à l'ingestion du sulfate de quinine, qu'il faut alors introduire dans l'économie par d'autres voies. Lorsque, par suite de son ad-

ministration, l'estomac reste douloureux, et que les digestions deviennent pénibles, l'on prescrit avec avantage des frictions de pommade stibiée sur l'épigastre.

Lorsque les fièvres intermittentes ont longtemps persisté, ou bien qu'elles ont souvent récidivé, la rate se tuméfie, et c'est là une cause puissante de persistance et de récidive. Il faut alors, non-seulement avoir recours au fébrifuge pour prévenir le retour des accès, mais encore combattre l'engorgement de la rate par des applications de sangsues ou des ventouses scarifiées sur la région qu'elle occupe, et de préférence pendant l'accès. Plus tard, on aura recours aux emplâtres de Vigo, de ciguë, etc.; et à l'intérieur, s'il n'existe pas de contre-indication, on prescrira l'eau de Vichy.

Lorsque la rate demeure longtemps volumineuse, l'on voit souvent survenir des hydropisies, et la position des malades devient plus sérieuse. Les hydropisies qui se manifestent pendant le cours de certaines fièvres intermittentes, ou après qu'elles ont duré plus ou moins longtemps, n'ont pas toutes le même caractère; quelques-unes ne se rattachent pas à d'autre lésion qu'à l'hypertrophie de la rate, et disparaissent par l'usage prolongé du sulfate de quinine, et par une médication convenable dirigée contre l'affection de la rate; d'autres fois l'hydropisie, beaucoup plus grave, ne cesse de faire des progrès et ne cède pas au traitement; il faut alors analyser l'urine, et chercher si l'on ne trouvera pas dans sa composition quelques nouveaux produits qui feront connaître l'existence d'une altération des reins : quelquefois deux changements remarquables apparaîtront dans l'urine et dans le sang; la composition chimique de l'urine sera changée; l'on y trouvera de l'albumine, qui se coagulera par la

chaleur, se précipitera par l'acide nitrique, et ne se précipitera pas par l'acide acétique ; l'urée se trouvera en grande partie dans le sang, n'étant plus sécrétée par les reins, et ces organes seront frappés d'une altération profonde dans leur tissu aussi bien que dans leurs fonctions. L'attention du médecin doit donc être appelée sur ces complications, qui expliquent l'insuccès des médications ordinaires, et nécessitent l'emploi de moyens spéciaux pour modifier avantageusement l'économie.

Quelquefois enfin la fièvre résiste à tous les moyens de traitement ; le malade ne peut guérir que par un changement d'habitation.

Il était autrefois établi en principe que l'on ne devait combattre la fièvre intermittente simple qu'après la fin du premier septénaire ; de nos jours, cette méthode est généralement abandonnée, et l'on cherche dès le début à faire cesser les accès.

M. *Orillard* pense qu'une discussion sur la fièvre intermittente en général, et principalement sur son essence, sa nature intime, ne saurait avoir aucun résultat avantageux ; il faudrait parcourir le cercle de toutes les hypothèses plus ou moins ingénieuses, si souvent et si longuement débattues par les auteurs, et rien de nouveau non plus que de positif ne ressortirait de cet inutile débat. La question proposée par M. Jolly est la seule qui doive nous occuper en ce moment ; elle peut être formulée ainsi : Les fièvres intermittentes que nous sommes appelés à traiter depuis quelques années ont-elles été caractérisées par un plus grand nombre de récidives qu'on ne l'avait observé jusqu'à cette époque ; et si la question peut être résolue par l'affirmative, comment pouvons-nous expliquer ces récidives plus nombreuses ?

Si l'on s'en réfère à l'expérience et aux assertions du plus grand nombre des praticiens, il est incontestable que, depuis quelques années, les fièvres intermittentes ont récidivé à Poitiers et dans les localités voisines beaucoup plus fréquemment qu'elles n'avaient habitude de le faire, bien qu'on leur ait opposé les mêmes moyens de traitement qui étaient employés précédemment avec un plein succès. Nous ne tiendrons pas compte de toutes les récidives constatées dans ces fièvres intermittentes, que des affections organiques concomitantes, des complications variées, des traitements peu méthodiques, des écarts de régime, une habitation peu convenable, ou l'absence de toute application des lois de l'hygiène, rendaient nécessairement rebelles. Là les causes sont ordinaires, constamment observées, et agissent également dans tous les temps, dans tous les lieux et à toutes les époques. Nous ne devons en ce moment nous occuper que de chercher la cause de la persistance et des récidives chez les malades qui n'ont présenté du côté des organes aucune complication, et qui ont pu souscrire à toutes les prescriptions du médecin avec une résignation et une persévérance dignes d'un meilleur sort. Dans plusieurs cas appartenant à cette dernière catégorie, de nombreuses récidives ont été observées, et leur cause, ne pouvant être expliquée par des conditions individuelles, il faut nécessairement la rapporter à une influence générale, qui comme toujours a dû s'exercer principalement sur les classes laborieuses de la société, sans épargner cependant un certain nombre de ceux que leur fortune et leurs habitudes semblaient devoir soustraire à ces récidives. L'interprétation de ce caractère particulier des fièvres dont il s'agit nous paraît facile : de tout temps, les bons observateurs ont

signalé la persistance et les nombreuses récidives des fièvres dans les pays marécageux, et pendant la saison d'automne, en quelque lieu que ce fût. L'action continuelle de la cause productrice, les émanations auprès des marais, les fréquentes vicissitudes atmosphériques pendant l'automne, donnent la raison de la persistance des effets, et l'on comprend comment les médications sont frappées d'inefficacité, ou tout au moins souvent paralysées dans leurs résultats, en présence d'un modificateur puissant auquel on ne peut soustraire l'organisme. Or, ce qui est bien évident pour les pays marécageux et pour la saison d'automne, la cause constante de production et de récidive de la fièvre intermittente, nous ne pouvons le méconnaître dans nos contrées, où depuis quelques années ont régné des vicissitudes atmosphériques et des variations extrêmes de température que nous n'étions pas habitués à subir. Sous ces nouvelles influences, la constitution médicale a été remarquable par la fréquence du développement des fièvres intermittentes, et l'économie ne pouvant échapper à des causes continuelles de reproduction des premiers accidents, l'on comprend facilement et la persistance et les récidives des fièvres, sans qu'il soit bien souvent possible de trouver l'explication de ces faits dans un état particulier des organes ou dans les écarts que le malade aura pu commettre quant à son régime ou aux règles du traitement.

Dans le cours de la discussion, on a rappelé la doctrine des anciens auteurs, qui prescrivait de ne chercher à guérir les fièvres intermittentes qu'après le premier septénaire, et l'usage, plus généralement suivi par les praticiens modernes, de les combattre dès le début. On ne veut plus voir dans ces maladies un moyen quelquefois salutaire que la

nature seule devait être chargée de diriger. Une règle absolue ne doit pas être posée à cet égard : si, dans un grand nombre de fièvres intermittentes simples, on peut avec avantage s'en référer à l'expérience des anciens observateurs, il ne faut pas oublier que souvent le caractère de la fièvre, certaines dispositions individuelles, l'influence épidémique ou les conditions de la localité, rendent nécessaire l'application immédiate de médicaments propres à prévenir des accès qui pourraient être mortels.

Pour combattre avec succès des fièvres que tendaient à perpétuer tant d'influences générales, il a fallu varier les préparations fébrifuges, les donner à plus haute dose et pendant un temps beaucoup plus long qu'on ne le faisait habituellement ; on a dû apporter un soin particulier à détruire les complications observées, et recommander aux malades l'éloignement de toutes les causes de reproduction qu'il était en leur pouvoir d'éviter. Toutefois, il faut l'avouer, le traitement le mieux dirigé n'a pas toujours réussi, et quelques malades restent encore pour attester par leurs récidives la part d'influence que peuvent exercer sur la santé publique certaines constitutions atmosphériques.

M. *Arlin* ne peut admettre contre les fièvres intermittentes une méthode uniforme de traitement ; leur marche, leurs symptômes sont variables, et sur ces différences doivent être basées les modifications du traitement. Il est souvent utile de faire précéder l'emploi des fébrifuges de l'administration des purgatifs ou de celle des émétiques. En général, sauf en Italie, ou pendant le règne des fièvres intermittentes graves, on ne doit pas chercher à combattre les accès dès le début de la fièvre ; la plupart des médecins laissent passer quelques accès avant de

prescrire le sulfate de quinine ou toute autre préparation fébrifuge ; mais toutes les fois que des symptômes graves ou insolites apparaissent pendant un accès, on doit se hâter de combattre la fièvre, et, si l'on n'agit ainsi, l'accès prochain peut être mortel. M. Arlin cite un cas remarquable dans lequel, contre l'avis de plusieurs médecins consultants, l'opinion du médecin ordinaire ayant prévalu, et aucun fébrifuge n'ayant été administré, le malade succomba pendant l'accès.

Souvent des complications inflammatoires se manifestent, et alors des saignées locales sont avantageuses. L'engorgement de la rate disparaît le plus souvent avec la fièvre ; quelquefois cependant il persiste, et réclame un traitement consécutif.

Les doses énormes auxquelles les praticiens emploient le sulfate de quinine dans l'Algérie, expliquent l'intensité des symptômes offerts par le système nerveux ; déjà, dans nos contrées, sans atteindre ces doses, on avait constaté que ce médicament pouvait déterminer sur le système nerveux un état remarquable d'excitation.

Dans certaines circonstances, l'habitation est la cause de la persistance de la fièvre, et ce n'est qu'en déplaçant le malade que l'on peut obtenir sa guérison.

M. *Barrilleau*, assistant à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, a entendu la lecture d'un mémoire dans lequel M. Nonat rapporte à l'engorgement de la rate les récidives des fièvres intermittentes, appelle l'attention des praticiens sur l'examen de cet organe, et conseille de combattre ces engorgements par l'emploi du sulfate de quinine jusqu'à leur disparition complète, et quelquefois aussi par l'application de ventouses scarifiées sur la région occupée par cet organe.

M. *Arlin* ne pense pas qu'il soit toujours possible et prudent de continuer l'usage du sulfate de quinine tant que persiste l'engorgement de la rate.

M. *Jolly* admet que certaines récidives peuvent dépendre d'une moindre efficacité du sulfate de quinine, comparativement à d'autres préparations, telles que le quinquina en substance, qui, dans quelques cas rebelles, a été administré avec plein succès. Les sels ferrugineux sont aussi très-utiles pour combattre les engorgements de la rate, qui forment l'une des complications les plus ordinaires et les plus rebelles des fièvres intermittentes.

Observations d'érysipèles ambulants occasionnés par un agent irritant appliqué sur la peau. — Par M. Quotard, d.-m. P. à Poitiers.

Première observation. — M. G..... fils aîné, menuisier, s'appliqua à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche la moitié d'une noix d'acajou coupée longitudinalement, afin d'y tracer, ainsi qu'il l'avait fait d'autres fois, l'initiale de son nom; car ce fruit séparé en deux, dans le sens indiqué, ressemble parfaitement à un G. majuscule. La lettre fut formée aussitôt par l'action irritante de l'huile contenue dans la partie celluleuse qui existe entre les deux lames de la coque; mais la noix étant vieille, l'huile qu'elle contenait était très-âcre et fort rance: aussi, dès le lendemain, l'avant-bras était tuméfié, rouge, très-douloureux et d'une chaleur brûlante; autour de la lettre G existaient quelques vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre, une inflammation érysipélateuse

avait enfin envahi tout l'avant-bras ; cet état s'accompagnait de fièvre, d'une soif très-vive, et d'un sentiment de chaleur à l'épigastre. Je prescrivis les délayants à l'intérieur, les émollients sur la partie malade, et la diète. Je pensais qu'en raison de la cause qui avait donné lieu à cette affection morbide, peu de jours suffiraient pour la dissiper ; mais il n'en fut pas ainsi, car le quatrième jour l'érysipèle se déplaça et porta son action sur la partie supérieure du même bras. Je prescrivis les mêmes soins qu'au début de l'affection ; le mieux survint encore au bout de quatre jours, mais le bras opposé se trouva tout à-coup être le siége d'un érysipèle. Dans l'espace de trois semaines, ce dernier se déplaça six fois ; car après les bras ce fut le tour de la face, du cou, puis de la partie antérieure de la poitrine, et enfin du dos et de la région lombaire : chaque apparition d'érysipèle amenait à sa suite les symptômes qui le caractérisent, et le malade était en proie à un accès de fièvre assez fort : ce ne fut que le 28e jour que le malade fut radicalement guéri.

Deuxième observation. — A la même époque, M. J...., beau-frère de M. G....., voulut aussi tracer sur son bras la lettre majuscule G, à l'aide de la noix d'acajou ; il y réussit parfaitement : mais, comme à son parent, il lui survint une inflammation érysipélateuse à l'avant-bras, qui, bien que revêtant les mêmes formes, fut moins intense et de moins longue durée ; toutefois, l'érysipèle suivit une marche analogue, et se déplaça trois fois dans l'espace de quinze jours : les mêmes soins furent donnés, et le 16e jour le malade fut guéri.

L'érysipèle n'est pas une maladie rare, aussi n'ai-je pensé à soumettre ces observations à la Société que pour en faire ressortir un fait qui va à l'encontre d'un point

de théorie généralement adopté par les auteurs anciens et par quelques médecins de nos jours.

En général, l'érysipèle par cause externe ne se déplace pas, son action se borne au lieu où la cause morbifique l'a fait se développer, tandis que la propriété de se déplacer est dévolue seulement aux érysipèles par cause interne, à ceux surtout que les auteurs anciens, tels qu'Hippocrate, Galien, Hoffmann, etc., ainsi que des médecins de notre époque, disent provenir d'un embarras saburral des premières voies.

Or, si une cause externe peut donner lieu à un érysipèle ambulant, et les deux faits que je viens de citer le démontrent suffisamment, n'est-on pas autorisé à pouvoir révoquer en doute que l'érisypèle ambulant par cause interne, soit constamment occasionné par des matières saburrales contenues dans l'estomac ou les intestins? ne peut-on ensuite en tirer cette conséquence, que, puisque l'érysipèle par cause externe est toujours le résultat de l'action plus ou moins prolongée d'un corps irritant sur la peau, l'érysipèle par cause interne, jugeant surtout par analogie, puisse bien provenir d'une irritation particulière de la muqueuse gastrique, qui, réagissant sur la peau, devient ainsi cause occasionnelle de l'érysipèle?

Je livre ces deux faits et mes réflexions à vos méditations, Messieurs, afin que si dans le cours de votre pratique des cas analogues se présentaient, vous les fissiez, dans l'intérêt de la science, connaître à vos confrères; et je serais aise que dès aujourd'hui vous voulussiez bien éclairer, par une discussion sur ce sujet, ce point de théorie et de pratique tout à la fois.

Observation d'un tic douloureux de la face. — Guérison. — Par M. Quotard, d.-m. P. à Poitiers.

M. M...., âgé de 48 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, exerçant la profession de chapelier, était atteint depuis dix ans d'un tic douloureux du côté gauche de la face, lorsque je fus appelé à lui donner des soins. J'appris que, pendant ce laps de dix années, divers traitements avaient été employés par des hommes de l'art, et aux lumières desquels je dois rendre hommage, car tous étaient rationnels et basés sur une saine expérience; ainsi, les anti-spasmodiques, les calmants, les narcotiques, les dérivatifs, les émissions sanguines par le système capillaire, enfin tout ce qui est prescrit en pareille occurrence par les auteurs pratiques avait été mis en usage sans que le malade trouvât une fin à ses maux : tout ce que parfois on avait pu obtenir, c'était une atténuation dans les crises, et de voir celles-ci se renouveler moins fréquemment; mais ce mieux n'était pas durable, et la douleur n'en était que plus vive lorsque l'état primitif reparaissait. C'est donc dans cette position qu'il se confia à mes soins. Avant de rien entreprendre, j'observai pendant quelques jours le malade, et je fus témoin de plusieurs crises, car elles se répétaient très-souvent; le diagnostic fut dès lors facile à établir, et j'eus la conviction qu'il existait chez le sieur M.... un tic douloureux du côté gauche de la face : en effet, pendant la crise dont la durée était de quatre à cinq minutes, les muscles mento-labial, bucco-labial, maxillo-labial, thoraco-facial et zygomato-labial, se contractaient en même temps et imprimaient aux mâchoires

un mouvement de broiement ; la douleur qui en provenait était excessive, au point de faire répandre des larmes. Pour combattre une affection aussi ancienne et aussi tenace, j'eus recours à une médication active ; je fis appliquer plusieurs fois des sangsues sous l'os maxillaire inférieur, et derrière l'oreille gauche du côté malade ; je prescrivis de prendre tous les matins, à jeun, une pilule contenant cinq centigrammes d'oxide de zinc, autant d'extrait de jusquiame et même quantité d'ellébore noir ; je fis prendre tous les huit jours un purgatif drastique ; je conseillai un régime tempérant, l'abstention de toute espèce d'irritants et surtout des boissons alcoholiques, et j'enjoignis à M. M.... de ne plus passer ses chapeaux au fer, parce que je craignais et avec raison, car les crises augmentaient chaque fois qu'il le faisait, que la vapeur de charbon qui s'en échappe, de même que la chaleur du feu (les fers étant chauffés au charbon), ne contrariassent le traitement. Cette médication, suivie pendant trois mois avec ponctualité, mais avec mesure, c'est-à-dire interrompue de temps en temps pour que l'estomac et les intestins ne s'accoutumassent pas à ces moyens, ou ne fussent pas impressionnés péniblement par l'action continue de médicaments actifs, eut pour résultat une diminution notable dans l'état morbide, car les crises devinrent moins fréquentes et surtout moins douloureuses. Encouragé par ce demi-succès, qui du reste avait déjà été obtenu par d'autres, je persistai dans la voie que je m'étais tracée, et après quelques jours de repos je repris le même traitement, auquel j'ajoutai l'emploi de la pommade d'Autenrieth en frictions sur l'apophyse mastoïde gauche, et sur le bord inférieur de l'os maxillaire infé-

rieur : les pustules venues, je suspendais ce médicament, et j'y avais recours de nouveau quelque temps après. Je continuai ainsi les moyens précités pendant trois autres mois, espérant toujours obtenir une guérison complète, mais je fus déçu dans mon espoir ; toutefois, le mieux obtenu après les trois premiers mois de traitement était acquis au malade, car son état, ainsi que par le passé, n'avait pas fait un pas rétrograde. C'était quelque chose sans doute pour M. M.... que de souffrir moins et point aussi souvent, mais ce n'était pas assez, car le but tant désiré, la guérison, n'était point atteint.

Me rappelant alors qu'étant en 1817 chirurgien à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, M. Fabre, chirurgien en chef de l'établissement, avait fait cesser un tic douloureux et chronique du muscle naso-palpébral droit chez un hussard, en appliquant plusieurs moxas chinois sur l'arcade surcilière, mais principalement vers le point où passe la branche frontale du nerf ophtalmique de Willis ; je proposai le même moyen à mon malade, qui dans l'espoir d'une guérison radicale y consentit.

J'appliquai donc à plusieurs reprises des moxas chinois le long du bord inférieur de la mâchoire inférieure du côté malade, mais principalement vers le lieu où passe l'une des branches du nerf de la 5e paire, et qui va se distribuer aux muscles de la face ; j'en appliquai aussi derrière l'apophyse mastoïde du même côté.

Pendant un mois que dura ce traitement, je suspendis l'emploi de tout autre agent pharmaceutique, afin de laisser à ce moyen toute liberté d'action ; j'eus lieu d'être satisfait, et le malade encore plus, du résultat d'une pareille médication, car il reprit son état normal ; et depuis

bientôt trois ans, les crises de tic douloureux n'ont pas reparu, bien qu'il se soit livré aux exigences de sa profession.

Observation d'une toux convulsive considérée comme un tic bronchique. — Guérison. — Par M. Quotard, d.-m. P. de Poitiers.

Mlle G....., âgée de 21 ans, très-grande, maigre, d'une constitution débile et lymphatique, était atteinte depuis deux ans d'une toux convulsive et incessante, pour laquelle elle avait reçu des soins de plusieurs confrères de la ville qu'elle habite, lorsqu'elle vint à Poitiers pour y voir quelques membres de sa famille. Appelé à donner mon avis sur l'état de cette demoiselle, je l'examinai avec soin ; je percutai, j'auscultai la poitrine, et ne trouvai aucune trace de désordre ; les bronches, les poumons, le cœur, tout me parut à l'état normal ; il n'y avait point d'expectoration, ni douleur à la poitrine ou quelque autre part, point de fièvre, la menstruation était régulière ; toutes les fonctions enfin se faisaient bien : seulement la malade était en proie à une toux convulsive, ressemblant par sa fréquence au *tic-tac* d'un moulin ; les seuls moments de trève qu'elle eût étaient ceux des repas et du sommeil ; car cette toux si opiniâtre cessait alors, pour reprendre sitôt le réveil et dès la fin des repas.

La malade ne présentant aucune lésion organique, non plus que le moindre symptôme morbide autre que cette toux spasmodique, je pensai que l'affection qu'elle portait depuis deux ans pouvait être considérée comme un

tic bronchique; et dès lors je n'hésitai pas à proposer le traitement suivi dans l'observation qui précède. J'aurais désiré ne mettre en usage que les moxas, afin de m'assurer si ce moyen employé isolément aurait pu suffire, et c'était ma pensée, pour détruire une toux aussi pénible; mais la malade s'y refusa. J'eus donc recours de prime abord à une application de sangsues sous les clavicules; je fis prendre les pilules composées d'oxide de zinc, d'extrait de jusquiame et d'ellébore noir, dosées ainsi que dans l'observation de M. M...., et j'administrai quelques purgatifs. Ce traitement dura trois semaines et ne produisit aucun résultat. La malade devant retourner sous peu de jours auprès de ses parents, je lui proposai de nouveau l'usage des moxas; et cette fois le désir de se débarrasser d'une quasi-infirmité l'emporta sur la crainte, et elle voulut bien en faire l'essai. J'appliquai non pas des moxas chinois, car chez elle l'affection était plus profonde, mais bien des moxas ordinaires avec le coton; j'en mis un au dessus et à la partie moyenne de chaque clavicule; trois jours après, j'en mis un autre de chaque côté et sur la même ligne. Dès la deuxième application, la toux cessa tout-à-fait pour ne plus revenir; car mademoiselle G..... resta à Poitiers encore huit jours sans en avoir le moindre accès, et depuis ce temps elle n'a pas reparu.

Il résulte évidemment, du moins pour moi, que les escharotiques, les moxas surtout, sont les meilleurs moyens pour faire cesser les tics, qu'ils soient douloureux ou non; car, dans l'observation de Mlle G....., il est patent que les médicaments employés l'ont été trop peu de temps pour qu'ils aient pu agir d'une manière efficace contre une affection qui avait deux années d'exi-

stence, et que c'est aux moxas seuls qu'elle a dû sa guérison.

Depuis longtemps je désirais vous donner connaissance de ces deux faits pratiques, et si je ne l'ai fait, c'est que j'espérais toujours qu'il se présenterait des cas analogues, et que je pourrais vous soumettre un plus grand nombre d'observations; ce qui dès lors eût été plus concluant en faveur du mode curatif que j'ai employé avec un succès presque inattendu, et que je livre à votre expérience.

Observation d'une fièvre typhoïde. — Réflexions générales sur cette maladie. — Par M. Pingault fils, d.-m.

Le nommé Charlet, âgé de 26 ans, habitant le Breuil-l'Abbesse, près Poitiers, avait depuis plusieurs mois ses enfants et ceux de son beau-frère malades dans la même maison, atteints les uns après les autres de fièvres réglées. L'un d'eux, âgé de douze ans, était resté pendant plus d'un mois au lit sous le coup d'une affection qui a présenté les symptômes d'une fièvre typhoïde. Ses enfants étant guéris, Charlet est d'abord pris par une fièvre tierce, dont les accès sont coupés par le sulfate de quinine; mais sa convalescence est très-longue, il a continuellement des douleurs dans les jambes qui l'empêchent de marcher; il est languissant, il n'a pas d'appétit; accablé de faiblesse, il se couche presque tous les jours sur l'herbe ou sur la terre, afin de voir ses ouvriers travailler.

Le 21 septembre 1837, une fièvre intense débutant par une forte chaleur s'empare de lui; en même temps

des douleurs très-vives se font sentir dans tout son corps ; alors il se met au lit, et le lendemain je le vois dans l'état suivant.

Le pouls était fort et très-fréquent ; le malade avait une céphalalgie intense ; la peau était brûlante, cependant elle était moite et couverte d'une éruption de petites vésicules pointues. Il y avait prostration ; la tête et les membres supérieurs pouvaient exécuter quelques mouvements, tandis que le tronc et les membres inférieurs, qui étaient le siége de douleurs vives, restaient immobiles : le malade ressentait aussi aux jambes et aux pieds beaucoup d'engourdissement et un fourmillement douloureux. Quand il voulait changer de position, il fallait qu'on le tournât d'un côté sur l'autre, et encore cette manœuvre le faisait beaucoup souffrir. Cependant on ne voyait aucune trace d'engorgement ni de rougeur sur les articulations du tronc et sur celles des membres.

La vessie était distendue, les urines ne paraissaient s'écouler que par regorgement ; une soif ardente, qu'aucun liquide n'apaisait, tourmentait le malade. Cependant la langue n'était pas sèche, un léger enduit blanc la recouvrait ; l'abdomen et l'épigastre étaient souples et non douloureux au toucher ; il y avait constipation.

Les organes de la respiration et ceux de l'intelligence n'offraient pas de lésions apparentes dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Eau de veau, eau d'orge gommée et édulcorée avec sirop de groseille, une saignée ; le malade ne veut pas se soumettre au cathétérisme.

Malgré l'éruption et la moiteur, l'émission sanguine me paraissait indiquée par la force et la fréquence des pulsations du pouls, ainsi que par les fourmillements et

l'engourdissement que le malade ressentait aux extrémités inférieures.

En pratiquant cette saignée, je remarquai que le sang n'avait pas les qualités physiques ordinaires du sang veineux : au lieu d'être noir, il était aussi rouge que du sang artériel ; mais cette couleur n'était pas franche, il paraissait trouble et ressemblait à du vin rouge tourné et contenant un peu de lie diffuse : je le fis conserver.

23 septembre. Le seul soulagement que le malade croit avoir éprouvé à la suite de la saignée consiste en une diminution dans l'engourdissement et les fourmillements au bout des pieds. Les douleurs du tronc et des membres inférieurs sont les mêmes, la fièvre est aussi forte, l'éruption et la moiteur persistent de la même manière, la soif est aussi vive, les douleurs du tronc et des membres ont la même intensité, leurs articulations restant toujours sans tumeurs ni rougeurs ; l'insomnie est complète, le malade se fait souvent changer de côté, et à toutes les fois ce sont de nouvelles souffrances et de nouveaux cris.

Le sang examiné ne m'a présenté qu'un liquide rouge trouble, où il n'y avait pas de traces de caillot ; la matière colorante et la fibrine restaient confondues avec le sérum.

Eau de veau, même tisane avec sel de nitre, potion gommeuse, cataplasmes émollients sur le ventre.

Du 24 au 27 septembre, même état, même prescription ; le malade refuse toujours de se laisser sonder ; il dit qu'il ressent un peu de douleur à la gorge, et qu'il a un peu de difficulté pour avaler. Cependant l'examen de la gorge ne m'a rien fait découvrir qui fût anormal.

28 septembre. Le malade est pire ; la respiration, qui avait été jusqu'alors facile, est gênée, un râle muqueux se fait entendre, les traits sont altérés, la figure plus pâle,

la difficulté d'avaler est plus prononcée, une inquiétude bien grande est exprimée par sa physionomie; le malade dit qu'il éprouve le sentiment d'une faiblesse qu'il ne peut exprimer, ne pouvant remuer que la tête et les bras; il est comparable à un supplicié dont le tronc et les membres inférieurs sont enchaînés, et qui se sent mourir.

Cependant le pouls est encore très-fort et très-fréquent, la soif est moins grande, la peau est toujours couverte de petites vésicules et de sueur; le malade urine, mais par regorgement; la bouche offre, le long du bord alvéolaire du côté des dernières grosses dents molaires, en dedans, de larges plaques blanches, résultant d'une exsudation pultacée; une autre plaque de même couleur et de même nature se fait remarquer à la partie postérieure de la voûte du palais; outre la dyspnée, il existe une toux pénible et suivie d'une expectoration difficile, car il fallait aller chercher la matière des crachats sur le bord des lèvres : les fonctions de l'intelligence avaient encore leur pleine liberté.

Looch blanc avec 7 décigrammes 1/2 d'oxide blanc d'antimoine, 2 vésicatoires aux jambes, infusion de fleurs de bourrache édulcorée avec sirop de capillaire.

Le malade a succombé au milieu de la nuit du 28 au 29.

Cette observation n'est pas aussi complète qu'il serait à désirer qu'elle le fût, parce que le malade qui en fait le sujet a été vu à la campagne, et que là il n'a pu être suivi comme il l'aurait été en ville : j'ai cru cependant devoir la présenter à la Société de médecine, parce qu'elle montre une altération évidente du sang.

Relativement à la nature de cette maladie, dont j'ai esquissé quelques traits, j'ai pensé que la fièvre typhoïde, dont les formes sont si variées, en faisait le fond; les pre-

miers symptômes n'ont pas été aperçus, et les derniers ont été masqués par des complications graves, parmi lesquelles figurait la paralysie des muscles du tronc, des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, signes évidents d'une lésion de la moelle épinière.

Le froid humide auquel le malade s'était exposé en se couchant sur la terre, et les douleurs du tronc ainsi que celles des membres, m'avaient d'abord fait penser que j'avais affaire à un rhumatisme musculaire aigu; peut-être cette complication existait-elle aussi; mais le malaise des organes intérieurs et essentiels à la vie pouvait sympathiquement produire ces douleurs, et l'engourdissement que le malade ressentait aux extrémités inférieures était bien de nature à faire croire à une lésion profonde d'un des principaux centres de l'innervation.

Quant à l'altération du sang, c'est un fait constant et digne de remarque; mais cette altération était-elle primitive ou consécutive, c'est-à-dire était-elle cause ou effet? Dans l'une ou l'autre hypothèse une fois reconnue, quelle indication thérapeutique présentait-elle à remplir? Ces importantes questions sont difficiles à résoudre.

Toujours est-il que chez la plupart des individus qui succombent aux fièvres typhoïdes, on trouve des engorgements dans les poumons, et que ces engorgements, qui arrivent à la dernière période de ces fièvres, ne sont pas d'une nature franchement inflammatoire; que le plus grand nombre ne céderait pas aux saignées, et qu'ils sont sans doute produits par une altération plus ou moins marquée du sang. Les expériences que M. Magendie a faites ne laissent aucun doute sur la possibilité des engorgements pulmonaires par suite d'une altération quelconque du sang; soit que celui-ci soit devenu plus liquide,

plus épais ou plus visqueux, soit qu'il contienne des matériaux étrangers, comme du pus ou autres matières.

Le fait est que le malade qui fait le sujet de cette observation n'a présenté de lésions du côté de la poitrine que la veille de sa mort. On pouvait, il est vrai, expliquer ces lésions par l'envahissement de la paralysie sur les muscles pectoraux; mais l'expectoration, la toux grasse et le râle muqueux survenus presque tout-à-coup en même temps que l'oppression, m'ont fait penser que des engorgements étaient survenus dans les poumons par suite de l'altération du sang; l'éruption de vésicules qui a existé pendant tout le cours de la maladie, la sueur presque continuelle, me semblaient aussi être une conséquence de cette altération.

Cette observation est aussi curieuse sous le rapport de l'origine et de la cause de la maladie. Charlet, depuis plusieurs mois, avait ses enfants et ceux de son frère malades, dont un était passé par toutes les phases de la fièvre typhoïde; pendant tout ce temps il était resté inquiet, tourmenté, il avait passé les nuits près de ces malades après avoir travaillé pendant le jour : sans doute ces causes débilitantes n'ont pas été sans influence sur la production de sa maladie.

Dernièrement j'ai vu à St-Benoît, près Poitiers, une jeune femme de 28 ans qui, à la suite d'un allaitement trop longtemps prolongé et de travaux très-pénibles, a été atteinte d'une fièvre typhoïde bien caractérisée; aucun symptôme n'a existé pendant les vingt premiers jours du côté de la poitrine, mais l'avant-veille de sa mort il est survenu de l'étouffement, la respiration est devenue gênée, bruyante; ces symptômes ont résisté à l'emploi des vésicatoires, et la malade a succombé. Je pense qu'à l'au-

topsie on aurait rencontré dans le tissu pulmonaire des engorgements qu'on aurait eu droit d'attribuer à une altération du sang, conséquence presque nécessaire d'une maladie longue, d'une nature telle que celle de la fièvre typhoïde, et arrivée à la suite de causes très-débilitantes, telles qu'un allaitement trop prolongé, des travaux trop pénibles, et une nourriture sans doute insuffisante en pareil cas. — Je dois dire que la sœur de cette femme, qui n'était pas dans les mêmes conditions, mais qui avait passé plusieurs nuits près d'elle, a contracté la même maladie dont elle a guéri.

Plusieurs autres faits prouvent que cette maladie peut se communiquer : ce n'est pas que je pense qu'elle soit contagieuse, comme la petite vérole par exemple; mais le fait est qu'on peut en suivre la propagation d'individu à individu, de maison à maison. L'hiver dernier j'ai donné des soins au nommé B., âgé de 36 ans, d'une bonne constitution; il était atteint d'une fièvre typhoïde qui a été longue et dont il a guéri. La chambre dans laquelle il couchait était peu étendue et peu aérée; son lit était au fond d'une petite alcôve. Sa belle-sœur, après avoir travaillé du matin au soir à son état de ravaudeuse, a passé huit nuits de suite près de lui. Avant la parfaite guérison de son beau-frère, elle est tombée atteinte de cette maladie; des hémorrhagies abondantes ont fait marcher le mal avec rapidité; les surfaces des vésicatoires qu'on avait placés aux jambes ont présenté des points gangréneux, et la malade a succombé après avoir présenté les symptômes ataxiques les plus variés.

D'autres faits : Le nommé Colas, demeurant au faubourg de Rochereuil, a été atteint d'une fièvre typhoïde dont il est mort; un mois et demi après, sa sœur, qui

l'avait visité souvent, a eu la même maladie ; elle est restée pendant 45 jours sans sortir de son lit. J'ai été appelé dès le début de la maladie, tandis que je n'avais vu son frère qu'au huitième jour : elle a guéri ; mais pendant sa convalescence, un autre de ses frères, demeurant rue du Petit-Maure, et qui avait passé une dizaine de nuits près d'elle, a été frappé par cette même maladie, dont il a été sauvé. A peine guéri, un autre de ses frères, qui demeurait au faubourg de la Cueille-Mirebalaise, et qui était venu souvent voir son frère et sa sœur pendant le cours de leur affection, a été aussi lui atteint de la fièvre typhoïde. On peut sans doute attribuer le développement simultané de cette maladie chez ces individus à des circonstances de constitution qui se sont trouvées les mêmes chez eux, et qui se rencontrent rarement avec autant de similitude, bien plutôt qu'à une véritable contagion ; mais ces faits n'en sont pas moins remarquables.

Observation communiquée à la Société de médecine de Poitiers. — Par M. Chevrier, médecin à Charroux.

Persuadé que chaque praticien doit apporter son moellon, quelque petit qu'il soit, à l'édifice médical, je vous adresse l'observation suivante ; j'espère qu'elle ne vous paraîtra pas sans intérêt, car elle est une preuve qu'il est souvent possible, dans des cas graves, d'éviter de grandes opérations.

Dans la nuit du 21 au 22 août 1839, je fus appelé pour donner des soins au nommé Mautret, âgé de 30 ans, demeurant à Châtain. A mon arrivée, je trouvai le

malade dans un état d'insensibilité complète, résultat de l'ébranlement nerveux ; j'eus peine à obtenir quelques réponses sur les circonstances de son accident ; mais les assistants m'informèrent que la veille, au soir, Mautret conduisait une charrette chargée de plusieurs milliers ; qu'à une descente, la charrette (bien que les roues fussent fixées par une mécanique) maîtrisant le cheval, le conducteur fut obligé de le retenir par la corde du licol ; qu'alors la charrette avait été peu à peu poussée vers la haie ; qu'il s'était trouvé engagé entre elle et le bouton de la roue ; qu'il avait reçu un coup violent dans le côté droit de la poitrine qui l'avait renversé, et qu'alors une roue lui avait labouré la jambe.

Je procédai d'abord à l'examen de la poitrine, et je reconnus l'existence d'une fracture des 5e, 6e et 7e côtes sternales du côté droit, occupant la partie moyenne, sans enfoncement appréciable. Des compresses imbibées d'eau végéto-minérale furent appliquées, de manière à leur donner plus d'épaisseur, aux parties antérieure et postérieure ; elles furent maintenues au moyen d'un bandage de corps suffisamment serré.

L'inspection de la jambe présenta une plaie affreuse, s'étendant depuis le condyle interne du fémur jusqu'à 27 millim. environ de la malléole externe ; les os étaient fracturés ; la rétraction des parties molles laissait le tibia isolé, faisant saillie. Brisé à sa partie moyenne, cet os présentait entre les deux fragments une pièce tout-à-fait séparée, occupant toute son épaisseur, et présentant une étendue d'environ 11 millim. ; une grande quantité de sang s'était écoulée, et des caillots nombreux occupaient encore une partie de cette vaste plaie ; la jambe était fortement tuméfiée, le pied insensible. Du reste, comme

il a été dit, le système nerveux était dans un état de stupeur bien prononcé ; le pouls était faible ; tout l'ensemble du blessé inspirait les plus vives alarmes.

Dans la crainte de ramener l'hémorragie, les caillots furent respectés ; l'extension et la contre-extension faites avec mesure donnèrent à la jambe et sa longueur et sa direction normales ; la plaie fut recouverte d'un linge fenêtré, puis de plumaceaux de charpie et de compresses, le tout assujéti par un bandage à bandelettes séparées ; trois attelles furent placées sur les parties antérieure, interne et externe de la jambe garnie de remplissage ; deux longues attelles et deux coussinets assujétirent le tout ; ces deux dernières attelles dépassaient le pied, et leur extrémité recevait dans une mortaise une pièce de bois sur laquelle s'attachait la bande fixée sur le pied et destinée à prévenir un trop grand raccourcissement. Des paroles consolantes firent renaître l'espérance dans le cœur du blessé, et il fut prescrit de tenir le malade à la diète.

L'appareil fut levé le 23 : les caillots s'étaient fondus ; la jambe était moins gonflée ; le travail de suppuration commençait ; l'état général des forces était un peu plus satisfaisant ; les centres nerveux paraissaient sains. La grande quantité de suppuration qui survint força de lever l'appareil deux fois le jour pour renouveler la charpie et les compresses. Mais le 30, les parties qui avaient éprouvé la plus forte attrition furent frappées de gangrène ; l'épiderme se détachait à une assez grande distance des bords de la plaie ; une petite fièvre continue s'était développée ; une suppuration abondante, colorant en vert les pièces de l'appareil, s'écoulait de la plaie et épuisait le blessé ; la jambe était très-gonflée. Alors je crus que les

chances de succès étaient bien douteuses ; je craignais une fièvre d'absorption, le transport du pus sur les principaux viscères, voire même dans les veines, ou enfin toute autre complication.

Dans cet état critique, il fut dit au malade qu'on espérait conserver sa jambe, mais que si cependant il se développait des phénomènes qui rendissent la chose impossible, il vaudrait mieux sacrifier un membre que de compromettre l'existence. Le blessé répondit, sans hésitation, qu'il aimerait mieux qu'on lui coupât le cou que la jambe, que son parti était pris, et qu'il priait instamment qu'on lui évitât la douleur de cette proposition. Alors ma responsabilité étant à couvert, je ne pensai plus qu'aux moyens de combattre les accidents. A cet effet, la pièce d'os qui se trouvait entre les deux principaux fragments fut saisie avec de fortes pinces, mais les tractions furent inutiles ; pensant alors que cette pièce, ayant été enfoncée, devait avoir plus d'étendue à la partie externe qu'à la partie interne, la jambe fut mise en cercle. Les extrémités des fragments ainsi éloignées, la pièce d'os fut saisie, un bistouri fut porté derrière elle pour couper le ligament inter-osseux, et alors j'obtins sans peine un fragment occupant tout le cylindre du tibia, présentant à sa partie interne une étendue d'un millimètre environ, et à la partie opposée une étendue de six centimètres ; ainsi, les extrémités des deux fragments représentaient un bec de flûte et se correspondaient par deux surfaces tranchantes.

La jambe fut remise dans une position convenable ; la plaie fut lotionée matin et soir avec du chlorure de soude convenablement étendu, les parties sphacélées furent saupoudrées avec du quinquina et du camphre, et tout

l'appareil humecté plusieurs fois par jour avec de l'eau chlorurée ; un régime analeptique et un peu stimulant fut prescrit.

Sous l'influence de ce traitement les forces se relevèrent peu à peu, les parties sphacélées se détachèrent, le périoste bourgeonna, excepté dans l'étendue d'un centimètre à l'extrémité des deux fragments. Dans ces deux points l'os était d'un blanc jaunâtre, et rendait par la percussion un son clair. Il me vint à la pensée d'opérer la résection de ces deux parties privées de nutrition ; mais eu égard aux accidents auxquels semblait devoir échapper mon malade, et espérant que ces parties seraient séparées et chassées par la suppuration, je m'abstins. Les pansements méthodiques furent continués, et la plaie marcha si rapidement vers la cicatrisation, qu'au 30 septembre elle était réduite au cinquième de son étendue. Mais le gonflement du mollet fit des progrès, la douleur augmenta, le malade ressentit du malaise, de la fièvre ; alors je ne doutai pas que la jambe contenait un foyer purulent ; en conséquence, une nouvelle attention fut apportée aux pansements, que je ne pouvais plus faire tous les jours, attendu la grande distance qui me séparait du blessé. Je prescrivis les moyens les plus convenables pour favoriser l'écoulement du pus par la plaie, en même temps que j'exerçai une compression uniforme sur toute la jambe, et de manière que l'orifice de la plaie éprouvât le moins possible cette compression. Les choses se maintenaient dans le même état, lorsque le 20 octobre, une ouverture s'ouvrit sous le jarret, et donna issue à une assez grande quantité de pus ; depuis ce moment, et sous l'influence des moyens prescrits, la tuméfaction de la jambe disparut promptement. Cependant l'écoulement du pus par la nou-

velle plaie a continué environ un mois et demi, et a fini par cesser. Pendant ce temps, le péroné s'est consolidé, la plaie de la jambe s'est réduite à une très-petite étendue; quelques portions de tibia séparées par la suppuration ont été portées au dehors ; la santé s'est rétablie, et maintenant les os sont solidement consolidés; la jambe a conservé sa direction naturelle; il y a seulement un raccourcissement d'un centimètre; un léger gonflement formé par le col offre une difformité peu considérable; en un mot, la jambe est solide, et le blessé marche sans inquiétude.

Observation sur un cas remarquable de névrose. — Par M. D. Thiaudière, d.-m. à Gençay.

L'anatomie pathologique qui a promené son flambeau sur la pathologie n'a pas pu éclairer encore l'histoire des maladies nerveuses, c'est-à-dire des aberrations que peut éprouver l'influence des nerfs sans offrir en même temps les symptômes des fièvres primitives ou des phlegmasies : on se consolerait cependant du mystère qui couvre cette partie importante de la science des maladies, si ces obscurités ne tombaient que sur des vues hypothétiques ; mais malheureusement elles se rencontrent jusque dans la description exacte des phénomènes de ces affections et dans les inductions générales qu'on peut en tirer pour le traitement, tant il y a de transformations et de déplacements dans les symptômes, et, par suite, d'indécision dans la thérapeutique.

Ce ne sont pas toujours des désordres des fonctions

de l'entendement et de la contraction musculaire, des concentrations locales, des diminutions ou même l'abolition du sentiment et du mouvement dans certaines parties ; ce ne sont pas toujours des phénomènes morbides ayant leur siége dans les sens, l'entendement, la voix, la locomotion, la digestion, la respiration, la circulation, les sécrétions, la génération, etc., comme l'ont dit les auteurs : ce sont quelquefois de simples douleurs plus ou moins aiguës, se déplaçant avec la plus grande facilité, disparaissant pour un temps plus ou moins long, et ensuite habiles à revenir sans qu'aucune cause apparente les rappelle, opiniâtres même à multiplier leurs visites, mais en laissant toujours aux sens et aux fonctions indiquées plus haut le libre usage de leur action. Les causes de ces affections se ressentent bien un peu de l'instabilité de leurs symptômes ; cependant il faut avouer que celles qui sont excitantes et manifestes tiennent le plus souvent aux écarts ou aux irrégularités du régime, de même qu'aux affections morales portées à un degré extrême. Toujours est-il qu'il n'y a pas de maladies plus dignes d'un intérêt philosophique et plus capables d'intéresser le médecin au malade ; l'observation qui va suivre en sera la preuve.

M. X. est atteint depuis quatre ans d'une névrose ; chaque année il la garde au moins pendant trois mois, alors elle le quitte aussi brusquement qu'elle l'a assailli.

Pendant le trimestre de sa durée elle est intermittente, sans que ses accès reviennent à des heures fixes et parfaitement régulières ; le malade fournit le contingent de douleurs qu'il doit à 1840. Depuis le commencement d'avril, cette quatrième invasion ne lui a fait reconnaître

aucune modification à la maladie ; c'est bien toujours la même nature de souffrances... Les douleurs se montrent tantôt à la région épigastrique , prenant l'appendice xiphoïde pour point de départ et les cartilages costaux pour limites, tantôt à la région ombilicale ou hypogastrique : d'autres fois c'est de l'un ou de l'autre hypocondre que partent des déchirements insupportables ; enfin il arrive que ce sont les parties latérales et supérieures de la poitrine qui déterminent des plaintes, quelquefois plusieurs de ces points à la fois , le plus souvent l'un après l'autre ; rarement la partie antérieure du thorax se trouve affectée, les douleurs ne visitent jamais les régions que je n'indique pas.

Ces douleurs, dans leur état de simplicité, ressemblent assez bien à un sentiment de pesanteur ; pour le ventre, à celui que détermine le besoin de la défécation ; pour la poitrine, à celui que procure un épanchement dans les plèvres.

S'en tenant là, elles seraient faciles à supporter ; mais elles ne tardent pas à revêtir la forme la plus aiguë : ce sont des élancements extrêmement douloureux , des coups de dard qui semblent traverser les cavités de dedans en dehors, et , quand ils partent de plusieurs points à la fois , la main du malade s'y porte machinalement comme s'il venait de recevoir à gauche et à droite des coups de stylet ; d'autres fois les douleurs passent d'un côté à l'autre avec la promptitude de l'éclair, et frappent à la manière d'une machine électrique.

Depuis quatre ans, le malade a vu revenir ses douleurs pendant toutes les saisons ; ainsi aucune conséquence à tirer du chaud, du froid, du sec ou de l'humide.

La profession du malade n'est guère compatible avec

la régularité des repas, cependant il a essayé de manger à des heures régulières, et sa maladie n'en a point été améliorée; il a trouvé que les aliments maigres ou gras, l'usage du vin rouge ou blanc n'apportaient aucune différence à son affection. Ces douleurs, qui semblent quelquefois si profondes et qu'en d'autres temps on croirait saisir à la main dans l'épaisseur des muscles, n'apportent à la santé générale d'autres changements que les caractères qui leur sont propres; car l'appétit est bon, il n'y a jamais de fièvre, les digestions sont parfaites, et toutes les autres fonctions s'exécutent bien; seulement le moral se trouve péniblement affecté de tous ces tourments physiques qui ne lui laissent pas toujours sa liberté d'action dans l'exaspération des douleurs.

Pendant le trimestre redoutable, les douleurs font souvent trève le jour et ne manquent pas de venir la nuit, ordinairement vers le milieu, entre deux sommeils qu'elles coupent presque par moitié pendant les deux heures de leur plus grande intensité : quelquefois elles se montrent pendant le jour, à des intervalles différents, sans renoncer pour cela à leur apparition nocturne.

L'exercice du cheval ne semble pénible que lorsque les douleurs saisissent au milieu d'une course; du reste, depuis quatre ans, le trimestre douloureux est aussi bien venu pendant que les occupations du malade étaient peu nombreuses tout aussi bien que lorsqu'elles ont été très-multipliées.

A une affection si singulièrement douloureuse et si gênante, j'ai opposé et successivement une foule de moyens dont je vais donner l'énumération succincte.

Gilets et chaussons de flanelle, frictions sèches, frictions avec liniment camphré et laudanisé, frictions avec

l'éther sulfurique, massage, etc. J'ai prescrit, soit pendant les douleurs, soit pendant les intermittences, du laudanum, de l'opium muqueux ou du sirop d'acétate de morphine ; j'ai fait des applications extérieures de sels de morphine par la méthode endermique ; le malade a fait usage de lavements d'assa fœtida, de bains généraux, de cyanure de potassium, de sous-nitrate de bismuth, d'éther à l'intérieur, de pilules calmantes, de thridace, etc. J'ai prescrit l'application sur le point douloureux, tantôt d'un écusson d'opium, tantôt d'un emplâtre de ciguë ou de poix, simple ou arrosé d'essence de muscade, faisant lever ces emplâtres pour les reporter sur d'autres points quand la douleur se déplaçait.

Tous ces médicaments, quoique très-rationnels, n'ont pas eu, je dois l'avouer, une grande efficacité ; car pendant *le trimestre* ils n'ont pas paru faire cesser les douleurs avant l'heure ordinaire de leur terminaison, et n'ont rien fait comme moyens préventifs d'un *autre trimestre*. J'ai même employé, sans plus de succès, le sulfate de quinine comme anti-périodique.

Ne pouvant rien trouver dans la pharmacie pour prévenir le retour d'une semblable affection, j'ai conseillé au malade les eaux de Néris, non pas pour me débarrasser de lui, mais parce que j'ai la conviction qu'après les maladies de la peau, les affections nerveuses sont celles à l'occasion desquelles les eaux minérales démontrent le mieux leur puissance.

Convulsions épileptiformes après un accouchement naturel ; guérison à l'aide des révulsifs et des anti-périodiques combinés, après quinze heures de reproduction successive des accès. — Par M. Deroseau fils, d.-m. à Montmorillon.

Mme B....., âgée de vingt ans, d'une complexion délicate, quoique d'une assez bonne santé, avait passé les neuf mois de sa grossesse sans autre indisposition qu'une fièvre intermittente qui fut guérie par deux saignées faites à huit jours d'intervalle, et des bains de siége entre les deux émissions de sang.

Le 24 décembre 1838, Mme B..... se coucha bien gaie et bien portante ; mais vers les cinq heures du matin se sentant mouillée, elle fit demander sa sage-femme, qui reconnut facilement que tout se préparait à merveille pour un accouchement naturel et prochain ; en effet, deux heures plus tard, Mme B.... avait donné le jour à un enfant du sexe masculin très-bien constitué. Une heure à peu près s'était écoulée, lorsque la sage-femme songea à changer de linge la nouvelle accouchée, et la transporter dans un lit disposé pour la recevoir.

La malade accueillit avec satisfaction la proposition de changer de lit : elle passa une manche de la chemise qui lui fut présentée ; puis sentant son autre bras se roidir, elle s'écria qu'il lui était impossible de le passer dans la seconde manche, et tomba dans des convulsions qui épouvantèrent les personnes dont elle était assistée. Pendant cette crise je fus appelé ; j'arrivai bientôt près de la jeune dame ; mais la crise n'ayant eu que quelques minutes de durée, je me fis raconter ce qui s'était passé par un des

témoins de cette scène pénible. J'observai ensuite la malade, et je la trouvai dans l'état suivant : calme apparent, la peau et le pouls étaient à l'état normal ; du reste, l'apparence de raison avec laquelle elle répondit à mes questions m'en imposa sur l'état de ses facultés intellectuelles, que je ne supposais pas le moins du monde altérées. Je fis prendre une infusion anti-spasmodique chaude ; je restai deux heures près de la malade, que je quittai à dix heures et demie du matin dans l'état le plus satisfaisant. L'écoulement était abondant.

A midi, j'appris qu'une heure après mon départ, une nouvelle crise s'était montrée semblable à la première ; à deux heures j'arrivai près de la malade, et une demi-heure à peine s'était écoulée, qu'une troisième attaque tira Mme B..... d'un état de somnolence dont on ne pouvait la distraire, malgré les tentatives à chaque instant renouvelées dans ce but. Les questions souvent oiseuses qui étaient adressées à la malade restant sans résultat, je cherchai à éveiller ses sympathies pour son enfant ; elle l'embrassa le sourire sur les lèvres, puis retomba immédiatement dans son état favori. Le décubitus semblait impossible ; aussi Mme B..... était-elle toujours couchée sur l'un ou l'autre côté, les membres fléchis, la face penchée en avant comme si les extrémités eussent eu une tendance à se rapprocher ; elle buvait très-peu.

A deux heures et demie donc, la troisième crise se manifesta par des contractions dans tous les muscles soumis à l'empire de la volonté. La tête se renversait alors en arrière, les muscles abdominaux présentaient un tremblement très-appréciable, les membres abdominaux une agitation très-grave, et les bras semblaient mis en mouvement pour débarrasser la malade des objets qui la

gênaient dans son lit. Les yeux hagards faisaient saillie dans leurs orbites ; la langue, abandonnant sa cavité, était fortement pressée entre les deux mâchoires, qu'il était impossible de séparer ; une écume abondante occupait les deux côtés de la bouche ; le pouls resta très-précipité pendant la durée de cette crise, qui se termina, au bout de dix minutes environ, par un accès de délire furieux suscité sans doute par notre résistance aux efforts de la jeune malade dans l'intention de sortir de son lit ; puis elle retomba bientôt dans l'état qui avait précédé cette terrible crise. L'écoulement continuait très-bien ; le pouls devint normal, et la malade devint tranquille jusqu'à cinq heures et demie ou six heures, époque de la quatrième crise. Celle-ci fut beaucoup plus effrayante que les autres : cette fois la moitié de la langue saillante hors de la bouche, et violemment serrée entre les arcades dentaires, acquit un volume d'autant plus considérable, que le trismus dura plus longtemps ; sa couleur était rouge-violacé ; une grande quantité de bave sanguinolente coulait entre les lèvres ; enfin, je craignis la suffocation !... Je demandai l'assistance d'un confrère ; mais au relâchement des muscles, je m'aperçus que cette nouvelle crise touchait bientôt à sa fin. Comme dans la précédente attaque, Mme B..... fit tous ses efforts pour quitter son lit, se montra plus furieuse, et, par sa manière de nous parler, ne laissa plus de doutes dans notre esprit sur l'état de ses facultés intellectuelles, et retomba dans son état de calme et de somnolence. Le confrère que j'avais demandé ne venant point, je pratiquai une saignée de bras ; celle-ci provoquant des symptômes de la nature de ceux que je viens de décrire, je pus à peine obtenir douze onces de sang ; cependant une ombre de mieux succéda à ce moyen ;

le calme se rétablit, et Mme B..., qui n'avait encore accusé aucune douleur de l'encéphale, me dit qu'elle sentait sa tête moins lourde.

Vers sept heures arriva notre confrère, M. de Sainvis : son entrée dans l'appartement ne parut provoquer aucune émotion de la part de la malade, qui fut immédiatement en proie à de nouvelles convulsions; dès lors nous ouvrîmes de nouveau la veine, un demi-kil. de sang à peu près fut retiré du bras ; aucune amélioration ne se manifesta, et les accidents suivirent leur marche habituelle. Cette fois l'écoulement naturel s'étant arrêté, il fut mis aux cuisses dix-huit sangsues ; l'indocilité du sujet ne permit pas qu'elles restassent attachées jusqu'à ce qu'elles fussent suffisamment gorgées de sang, et contraria nécessairement l'effet qu'on avait lieu d'attendre de ce moyen. Un troisième médecin, mon père, qui avait été absent tout le jour, se réunit enfin à M. de Sainvis et à moi. Ces Messieurs décidèrent qu'on donnerait un grand bain si une nouvelle crise se reproduisait ; je comptais peu sur son efficacité, je ne le combattis pas néanmoins ; l'occasion s'offrit peu de temps après, et la malade en sortit sans qu'aucun mieux le suivît.

Enfin, m'étant éloigné quelques instants, je rentrai vers dix heures ; mon père et M. de Sainvis se retiraient laissant, disaient-ils, Mme B..... beaucoup mieux, et dormant. L'état du pouls, la facilité de la respiration, son calme apparent, tout pouvait, à la vérité, donner le change à qui n'avait pas, comme moi, observé la maladie depuis son invasion ; j'essayai de dissuader mes confrères sans pouvoir détruire leur sécurité ; en vain je pronostiquai qu'une nouvelle crise se montrerait avant une demi-heure : plus tard je fis appeler ces Messieurs à con-

stater que j'avais prédit vrai ; les convulsions furent plus douloureuses, elles persistèrent plus longtemps que dans les plus longues crises qui se fussent encore observées, et nous avions pour notre intéressante malade les craintes les plus vives et les mieux fondées.

Je revins à la proposition que j'avais faite avant le grand bain, c'était d'administrer le sulfate de quinine à hautes doses, pour prévenir la périodicité des accès qui s'étaient montrés jusque-là de deux en deux heures et demie environ ; ma proposition fut accueillie. Il fut décidé qu'on y joindrait l'emploi des révulsifs énergiquement administrés, et le traitement suivant fut mis en usage : des sinapismes très-actifs furent mis aux pieds, aux jambes, deux larges vésicatoires saupoudrés avec un gramme cinquante centigrammes de sulfate de quinine, les aisselles frictionnées avec le tiers d'une pommade dans laquelle entraient deux grammes de sulfate de quinine pour quinze grammes d'axonge. A cette médication succéda un calme de quatre heures ; un lavement fut alors suivi d'une selle copieuse une heure après, c'est-à-dire cinq heures après la dernière crise ; il s'en forma une autre beaucoup moins intense. Les aisselles furent frictionnées en deux fois et à une demi-heure de distance, avec le reste de la pommade; un mieux très-satisfaisant se montra, et à quatre heures du matin je quittai la malade. Elle était très-tranquille. Cependant elle n'avait point recouvré ses idées, et je n'étais autorisé à penser qu'elle n'aurait pas d'autres accès qu'en raison de la durée de l'intermittence des deux derniers. La jeune malade ne paraissait sentir encore de douleurs ni à ses pieds, ni à ses jambes, et ce ne fut seulement que vers les huit heures du matin qu'elle demanda à son mari ce qui pouvait lui faire mal aux jambes. Vers

midi les sinapismes furent levés, leur effet était complétement nul sur les parties qu'ils recouvraient ; les vésicatoires, au contraire, avaient provoqué quelques douleurs peu intenses. On mit alors quinze sangsues aux cuisses ; les lochies recommencèrent à paraître, et l'état du sujet s'améliora sensiblement.

Dans la soirée on leva les vésicatoires ; ils recouvraient des phyctènes énormes, et c'est pendant cette opération seulement que la malade, possédant désormais toutes ses facultés, dans sa préoccupation des motifs qui avaient pu nous déterminer à lui appliquer des vésicatoires, nous apprit qu'elle n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé la veille, nous fit part de son étonnement en me voyant près de son lit, et de celui non moins grand de ne pouvoir s'exprimer à cause du volume démesuré de sa langue, et des souffrances qu'elle éprouvait dans cet organe.

D'après les circonstances de cette observation, on comprendra que l'inaction apparente dans laquelle je suis resté jusqu'au moment de pratiquer la première saignée était en quelque sorte permise, puisque après chaque accès la malade revenait à un état assez satisfaisant, propre à faire douter de la possibilité d'un accès nouveau, présomption qu'autorisait encore la persistance de l'écoulement sanguin ; pourtant, persuadé que la matrice avait une grande part dans les accidents signalés, je n'avais pas négligé les embrocations huileuses opiacées et camphrées, de même que les applications de flanelles imbibées de décoctions émollientes sur cet organe.

Maintenant, doit-on attribuer le succès obtenu dans cette circonstance à l'anti-périodique? Le doit-on aux révulsifs et aux anti-périodiques combinés ? C'est une question que nous laissons à résoudre à ceux qui voudront bien

prendre la peine de nous lire. Quant à moi, je n'hésite pas à penser que le sulfate de quinine a eu dans ce cas une grande part d'action, puisque immédiatement après qu'il a été administré le mieux s'est manifesté, que cinq heures d'intermittence ont séparé les deux derniers accès, et que le dernier s'est manifesté avant que la malade ait semblé souffrir des sinapismes et des vésicatoires dont ses extrémités inférieures avaient été recouvertes. Cette action du sulfate de quinine admise, on conçoit facilement l'influence possible des révulsifs pour empêcher la reproduction des convulsions; ce qui fait que je me crois également obligé envers ces deux moyens.

Chenilles dans la centaurée, observation applicable à la dessiccation de quelques plantes. — Par M. P.-P. Malapert, pharmacien.

A la fin de juillet 1836, j'aperçus aux carreaux des fenêtres de mon magasin plusieurs ptérophores monodactyles. Je ne concevais pas d'abord comment des insectes dont les larves ne se nourrissent que de plantes fraîches, se trouvaient en aussi grand nombre dans un lieu clos, où l'on porte rarement de la lumière (on sait que la lumière d'une lampe, etc., attire les lépidoptères nocturnes). Je soupçonnai qu'ils provenaient de petite centaurée nouvellement desséchée et renfermée dans une boîte; j'ouvris cette boîte sans déranger la plante, je n'y découvris rien.

L'année suivante (1837), je mis des sommités fleuries de petites centaurées en paquets dont je formai des guir-

landes pour en opérer la dessiccation ; au bout de cinq à six jours, la centaurée fut enfermée comme d'habitude, et ce ne fut qu'alors qu'il me vint à l'idée de visiter les carreaux du magasin ; j'y allai tous les jours, et, au bout d'une huitaine, j'aperçus quelques papillons ; je retirai la centaurée de la boîte, et je trouvai dedans des larves, des chrysalides et quelques papillons.

En 1838, je fis la même observation.

Cette année (1839), j'ai répété d'une manière plus exacte mon observation. Le 13 juillet je tirai, sans y découvrir un seul insecte, des sommités fleuries de petite centaurée ; j'en formai une guirlande de soixante-trois paquets, dont chacun pesait à peu près 8 grammes après la dessiccation. Le 16, j'examinai la plante et j'y découvris plusieurs chenilles qui paraissaient sur le point de se métamorphoser, et quelques chrysalides fixées solidement par la partie postérieure, les unes sur la plante, d'autres sur le fil et les objets qui se trouvaient auprès de la guirlande ; je les enlevai toutes ; le lendemain, j'en trouvai un plus grand nombre. Enfin, jusqu'au 6 d'août, j'ai trouvé sur les soixante-trois paquets quatre cent soixante-douze chenilles et chrysalides ; il y en avait eu davantage, car jusqu'au 15 du même mois, je trouvai de temps en temps des ptérophores dans le séchoir.

D'après ce qui précède, je regarde comme contraire à la propreté de quelques sommités fleuries la dessiccation dans des cornets de papier, parce que ceux-ci retiennent les insectes restés inaperçus pendant le triage, et les forcent à mourir sur la plante.

Les pharmacologistes sont tous d'accord sur l'utilité de secouer, avant de les enfermer, les plantes que l'on a fait sécher, afin de faire tomber les œufs et les larves des

insectes : cette précaution peut être fort utile pour les débarrasser des larves de teignes qui sont quelquefois en très-grand nombre dans les maisons; mais elle ne suffit pas, parce que les insectes qui déposent leurs œufs sur des plantes les fixent tellement bien, qu'ils ne se détachent pas facilement par la secousse. Les chrysalides sont encore plus solidement fixées; de sorte qu'au lieu de les faire tomber par la secousse, on les écrase; alors elles se corrompent en peu de temps sur la plante, et quand elles ne feraient que s'y dessécher, elles se trouveraient toujours dans les diverses préparations. Les larves seules tombent; mais comme on peut les écraser aussi, l'inspection de l'œil me paraît indispensable pendant la dessiccation aussi bien qu'auparavant et après.

Théorie hypothétique de la combustion du potassium sur l'eau au contact de l'air. — Par M. P.-P. Malapert.

Lorsqu'on jette sur l'eau un fragment de potassium, ce métal s'enflamme sur-le-champ, circule en différents sens à la surface du liquide, et ne s'arrête qu'après sa combustion. Ces phénomènes sont parfaitement décrits par nos meilleurs auteurs; mais ce qui ne me paraît pas expliqué d'une manière tout-à-fait satisfaisante, c'est l'explosion qui a lieu un instant après la combustion du potassium.

Aussitôt que le métal a cessé de s'agiter, on ne voit plus que son oxide sous la forme d'une petite masse sphérique, vitreuse, incandescente, dont la portion qui touche l'eau se dissout, et c'est quand la masse est réduite à peu près à la moitié de son volume que l'explosion a lieu.

Pendant la combustion du potassium, l'oxide qui en résulte entre en fusion ignée à mesure qu'il prend naissance, et son contact immédiat avec l'eau n'a pas lieu parce que le courant d'hydrogène qui le soulève continuellement l'empêche même de s'hydrater. Bientôt les phénomènes de la combustion cessent, et d'autres leur succèdent.

Une portion de l'oxide se dissout, une autre s'hydrate seulement ; de l'eau absorbée se réduit tout-à-coup en vapeur, et donne lieu à l'explosion. En effet, si l'on tient une lame de verre bien propre et parfaitement desséchée au dessus du vase où l'on fait l'expérience, la matière lancée s'attache en grande partie sur le verre, une autre portion se répand dans l'air, souvent même sous forme de vapeur blanche très-caustique : la portion adhérente au verre est de l'hydrate de potasse pur.

Dans une de mes leçons, j'avais émis une autre opinion qui m'a paru un peu obscure sur un point ; je disais : L'oxide qui résulte de la combustion du potassium sur l'eau entre en fusion à mesure qu'il se produit, entoure une petite portion de métal, l'emprisonne et le préserve du contact de l'air et de l'eau. Cet oxide ne peut se dissoudre tant qu'il est soulevé par le courant d'hydrogène ; ce phénomène ayant cessé, la dissolution de l'oxide commence à s'opérer ; bientôt l'eau atteint le petit globule emprisonné, elle est décomposée par lui ; l'hydrogène qui prend subitement naissance fait ressort et lance avec explosion le reste de l'oxide non dissous, mais encore en fusion.

Comme il n'est guère possible d'admettre que l'oxide, porté à une température élevée, soit suffisant pour empêcher la volatilisation et l'oxidation du métal, j'ai re-

noncé à cette théorie et admis la précédente, qui est basée sur la propriété qu'ont les oxides alcalins anhydres d'absorber l'eau avec production plus ou moins considérable de calorique.

MALADIES

DE

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

Travail faisant suite aux observations sur les maladies de l'articulation coxo-fémorale, déjà publiées dans les Mémoires de la Société. — Par M. le docteur Gaillard, professeur de pathologie externe.

LÉSIONS PHYSIQUES. — FRACTURES DU BASSIN. — LUXATIONS TRAUMATIQUES.

Parmi les affections diverses que peut présenter l'articulation *coxo-fémorale*, les unes sont assez fréquentes pour qu'un seul observateur puisse en rassembler un bon nombre, et présenter des considérations sur l'ensemble ; c'est ce que nous avons fait pour les *fractures du col*, et ce que nous ferons surtout pour les *engorgements chroniques de l'articulation*. D'autres affections, au contraire, sont rares : un observateur isolé doit se trouver heureux quand il peut en rencontrer quelques cas ; dès lors les conclusions générales ne peuvent être établies que par les écrivains laborieux qui analysent les richesses dispersées de la science. Nous nous contenterons de rapporter les faits que nous avons recueillis.

Obs. XIV. — Accouchement récent. — Chute d'un quatrième étage. — Mort. — Epanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne. — Trois fractures du bassin.

Juliette St..., âgée de 23 ans, ouvrière, est accouchée heureusement le 7 août 1827. Le 19, à la suite de contrariétés, elle est prise de délire, et se jette du quatrième étage dans la rue. Elle tombe sur le pavé, on l'apporte à l'hôpital Beaujon : la face est pâle, les extrémités froides, les battements du cœur imperceptibles; on distingue une forte contusion des fesses et des reins.

Avant qu'aucun traitement ait pu être mis en usage, la malade est prise d'une violente agitation, vociférations, paroles sans suite; elle succombe au bout d'une demi-heure.

Autopsie. Point de fracture du crâne, épanchement sanguin presque liquide dans la cavité de l'arachnoïde; le cerveau un peu affaissé, le thorax sain, le foie tout-à-fait intact.

La symphyse du pubis est ramollie, flexible; cependant le corps du pubis droit est fracturé à un centimètre de cette symphyse; ce même pubis est fracturé une seconde fois, à sa jonction avec l'os innominé; le sacrum est fracturé verticalement dans sa moitié droite, sans altération de la symphyse sacro-iliaque; infiltration sanguine très-étendue du tissu cellulaire du bassin; la matrice a le volume du poing. Nous avons remarqué qu'il était très-facile d'arriver jusqu'à elle par une incision latérale de la paroi abdominale, et sans pénétrer dans la cavité du *ventre*, en soulevant le péritoine peu adhérent qui tapisse la fosse iliaque. La surface intérieure de l'utérus est molle, tapissée d'un fluide visqueux; des ma-

melons de couleur livide indiquent l'insertion du placenta à la face antérieure. La cavité du corps est entièrement confondue avec celle du col. Le tissu de l'utérus est mou, plein de sinus veineux et d'artères flexueuses. Sa structure musculeuse est bien manifeste, surtout à l'extérieur. Le col est aminci, aplati, déchiré, et ecchymosé; on voit qu'il a souffert dans l'accouchement.

Obs. XV. — Luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique. — Réduction. — Guérison en 50 jours.

Le 11 décembre 1825, on apporte à l'hôpital Beaujon un jeune homme vigoureux qui vient de faire une chute de la hauteur de 13 à 14 mètres. Il est saigné dans la journée; le lendemain, à la visite, il offre les symptômes suivants, constatés par M. le professeur Marjolin, chirurgien en chef : la cuisse droite et la jambe sont un peu fléchies; le genou droit est fortement porté en dedans, couché sur celui du côté opposé; la pointe du pied est tournée en dedans, on ne voit aucun raccourcissement du membre; la fesse droite est déformée, son pli est moins profond que celui du côté opposé; le trochanter occupe à peu près sa place ordinaire, mais la tête du fémur peut être sentie profondément à la partie postérieure de la fesse. Les moindres mouvements provoquent des douleurs aiguës.

Le 13 au matin, le malade est préparé suivant la méthode de Cooper: une forte saignée et trois centigrammes de tartre stibié de dix en dix minutes, pour exciter les nausées. Le malade étant couché sur une table couverte d'un matelas, on applique dans le pli de la cuisse saine un drap plié en lacq, et fixé par ses deux extrémités à

un anneau de fer ; un second lacq transversal embrasse le bassin du côté malade ; un troisième lacq est placé sur le pied ; une forte cravate passe autour de la cuisse, elle va embrasser le cou d'un aide robuste qui la tire en haut et en dehors, de manière à déplacer et dégager la tête du fémur. Au signal donné, les aides placés aux extrémités des trois derniers lacqs agissent avec vigueur ; l'aide chargé spécialement du pied droit, lui imprime vivement un mouvement de rotation en dehors : aussitôt et à la première tentative, la tête de l'os rentre dans sa cavité avec un bruit de claquement.

Le malade est délié, reporté dans son lit ; la jambe et la cuisse droite sont fixées au membre gauche qui leur sert d'attelle ; diète, potion calmante.

Le 15, on applique 25 sangsues sur le côté de la poitrine qui est douloureux.

L'articulation est dans le meilleur état ; les mouvements sont faciles et sans douleur.

Le malade est sorti le 18 janvier 1826.

Obs. XVI. — Luxation de la tête du fémur en arrière. — Contusion du nerf sciatique. — Douleurs aiguës. — Paralysie. — Guérison incomplète.

Le malade, d'une constitution athlétique, était descendu dans une fosse, incliné en avant pour ramasser de la terre, sa jambe droite tendue en arrière, lorsqu'une masse de terre gelée est venue latéralement frapper son bras et sa cuisse droite. Il est tombé sans connaissance pendant quelques minutes. On l'apporte à l'hôpital Beaujon, salle St-Louis, n° 11. L'avant-bras droit est fracturé à sa partie moyenne ; la cuisse droite portée

dans l'adduction est légèrement fléchie, tournée en dedans, le genou couché sur celui du côté opposé ; la tête du fémur peut être sentie à la partie moyenne et postérieure de la fesse. Cette fesse est plus arrondie, plus saillante que celle du côté opposé ; le pli qui la sépare de la cuisse est de 27 millim. plus élevé que de l'autre côté. — Saignée le soir et le lendemain.

M. Marjolin emploie les moyens de réduction dont nous avons parlé dans la précédente observation ; il réussit à la première tentative.

Le 28 janvier 1826, quatre jours après l'accident, l'articulation devient le siége de douleurs très-vives; le membre inférieur droit est un peu plus long que celui du côté opposé. 30 sangsues ; fomentations ; repos absolu.

1er février. Mieux sensible.

6 février. Quelques douleurs sans gonflement dans la partie postérieure de la cuisse. Elles peuvent être attribuées à la contusion du grand nerf sciatique par la tête de l'os déplacé. Cette opinion se confirme quand on vient à examiner le pied dans lequel le malade ressent une sorte d'engourdissement ; on reconnaît que les mouvements du pied et des orteils sont complétement perdus. Ces parties ne sont plus soumises à la volonté ; la sensibilité est nulle dans le cinquième orteil ; de là elle va en augmentant progressivement jusqu'au premier, où elle est normale ainsi que dans le reste du pied. Liniment narcotique.

12. Douleurs aiguës parcourant la face externe du membre et le pied.

17. 25 sangsues à la face postérieure de la cuisse. Elles soulagent les douleurs qui existent dans cette partie, mais celles qui existent à la jambe et à la plante du pied n'en sont pas diminuées.

28 février. Ces dernières douleurs sont très-intenses et continues ; le malade dépérit. 25 sangsues au mollet ; peu de soulagement.

2 mars. Un large vésicatoire appliqué sur le mollet enlève les douleurs en peu de jours ; en même temps la sensibilité se rétablit dans les parties qui en étaient privées, mais la paralysie du mouvement persiste. Liniments opiacés. Le malade, entré le 24 janvier, sort de l'hôpital le 12 mars ; il ne souffre plus, mais les mouvements du pied sont nuls.

Ces deux faits sont intéressants par la promptitude de la réduction due à des moyens bien dirigés. Le dernier nous présente une observation très-complète de la contusion du grand nerf sciatique à la suite d'une luxation de la tête du fémur.

Obs. XVII. — Luxation du fémur en arrière et en haut. — Point de réduction. — Etat du membre onze ans après l'accident.

Jean-Baptiste *Baclet*, serrurier, âgé de 33 ans, se trouve à un assaut d'armes au mois de juin 1827 ; au moment où il veut rompre devant son adversaire, son pied gauche tourne en dedans, il tombe. A la suite de cet accident, il reste deux mois dans son lit, faisant des frictions camphrées sur l'articulation coxo-fémorale ; puis on le transporte à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Dupuytren. Aucun traitement n'a été employé.

Le 30 septembre 1838, onze ans après l'accident, Baclet se présente à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, il boite ; en examinant sa cuisse, on reconnaît les faits suivants :

Côté gauche. Le membre inférieur est fortement porté dans la rotation en dedans ; le genou se loge derrière le

condyle interne droit ; la cuisse est amaigrie, le trochanter saillant ; ce membre, mesuré avec soin, est plus court que celui du côté opposé de 36 millimètres ; l'épine iliaque antérieure gauche est de 30 millimètres plus élevée que celle du côté droit ; aussi le talon gauche est d'environ 70 millimètres plus élevé que celui du côté droit.

Le pli de la fesse gauche n'existe pas ; à la partie supérieure de cette fesse, on sent la tête du fémur appuyée sur les os du bassin ; le grand trochanter gauche semble plus large que le droit ; les muscles placés à la partie interne de la cuisse ne sont pas tendus ; les mouvements d'adduction, d'abduction, de rotation, sont nuls ; les mouvements de flexion et d'extension sont très-minimes ; le malade marche sur la pointe du pied, son talon élevé de 90 millimètres au dessus du sol ; il éprouve souvent des douleurs dans les genoux ; il peut faire deux ou trois lieues par jour en se fatiguant beaucoup.

Luxation méconnue, ankylose consécutive, tels sont les résultats de cette observation. La narration du malade pourrait encore faire soupçonner une luxation par cause musculaire, puisque le pied était dévié avant la chute ; mais l'événement était trop ancien pour qu'il fût possible de recueillir des renseignements suffisants sur cette question.

On remarquera que, malgré la profession active du malade, il ne s'est point établi de fausse articulation.

Les faits de ce genre ne sont pas très-communs, et nous ne pouvons comparer le nôtre qu'à la neuvième observation d'*Astley Cooper* ; le malade du célèbre chirurgien anglais n'a pas cependant présenté des symptômes tout-à-fait semblables : l'immobilité de l'os déplacé était bien

moindre ; le bassin n'avait subi aucun mouvement d'élévation, ce qui peut être attribué à l'âge du malade au moment de l'accident (62 ans).

L'élévation consécutive du bassin du côté déplacé est due, suivant M. J. Guérin, au tiraillement que le petit trochanter déplacé fait éprouver aux tendons des muscles psoas et iliaque ; c'est une question à étudier. Nous avons déjà constaté, en parlant des fractures, que le bassin s'inclinait sur le membre plus court pour compenser sa brièveté et rétablir l'équilibre. A l'occasion des engorgements chroniques de l'articulation, qui présentent comme symptômes caractéristiques des changements successifs dans la longueur du membre malade, nous reviendrons à ce sujet, faisant bien remarquer d'abord qu'il ne faut pas s'en tenir à des apparences souvent trompeuses, mais procéder à des mensurations scrupuleuses si l'on veut obtenir un résultat bien net.

Des maladies des bourses séreuses sous-cutanées. — Par M. le docteur Bonnet, médecin de l'Hôpital-général, professeur à l'école de médecine.

I. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ANATOMIQUES.

On appelle très-improprement bourses *muqueuses* sous-cutanées, des cavités en forme de kyste, qui sont revêtues dans leur intérieur d'une membrane séreuse, semblable en tous points aux bourses profondes qui entourent les tendons dans certains points, et qu'en raison de leur nature, de leurs fonctions et de leurs maladies, qui les rendent analogues aux séreuses des cavités splan-

chniques et articulaires, on devrait appeler, dans un langage médical bien fait, *bourses séreuses*. Les maladies de celles qui sont appelées sous-cutanées en raison de leur position superficielle, vont seules m'occuper, en prévenant que je les appellerai bourses séreuses dans le cours de ce travail, que je n'ai d'ailleurs entrepris que parce que je me suis aperçu plusieurs fois que les livres classiques les plus répandus n'en font point mention, ou en parlent en peu de mots; qu'elles étaient méconnues ou prises pour d'autres maladies par beaucoup de bons praticiens.

Ce ne fut qu'en 1783 que *Camper*, pour la première fois, parla des bourses séreuses. *Béclard*, qui n'a décrit qu'une seule variété de leurs altérations sous le nom d'hygroma, en a donné plus tard une description anatomique plus exacte dans ses *Additions à l'anatomie générale de Bichat*, qui lui-même les avait à peine mentionnées, et les avait confondues avec les kystes. Elles se rencontrent dans tous les points du corps où la peau recouvre des parties qui exécutent de fréquents mouvements. On en trouve en quelque sorte le rudiment dans le tissu cellulaire, lâche et très-sensible, qui existe entre toutes les parties très-mobiles. On les voit le plus souvent au devant de la rotule, sur le trochanter, derrière l'olécrane, sur l'acromion, sur la nuque chez les forts de la halle, sur les malléoles externes, le bord cubital de la main, au devant du cartilage thyroïde, etc. Sans les décrire anatomiquement, je dirai seulement qu'on peut les démontrer en les insufflant d'air, comme l'a fait *Béclard;* qu'elles sont surtout faciles à trouver à la naissance ou chez les fœtus, à cause du liquide qui les mouille en plus grande quantité.

Ces bourses séreuses n'existent pas toujours primitive-

ment dans notre économie, elles peuvent s'y développer accidentellement ; du moins c'est là ma manière de voir, car il faut dire que c'est un point d'anatomie controversé. Tout ce qui tend à presser la peau contre une partie plus résistante, tout frottement lent et prolongé pourra les faire apparaître dans un point où il n'en existait pas, et où, à quelque âge de la vie que ce fût, l'anatomie n'en avait pas montré. Cette opinion, contraire à celle que vient de développer M. *Bielkiewicz* dans un mémoire publié à Vilna en 1838, et traduit dans le journal l'*Expérience*, peut être soutenue par des faits nombreux.

Dupuytren a vu des bourses séreuses se développer sur les malléoles externes des tailleurs, qui ont l'habitude de se croiser les jambes, et chez lesquels ces parties sont continuellement pressées par les tables qui les supportent; observation que M. *Velpeau*, dans une thèse de concours, dit à tort avoir faite le premier. *Béclard* en a vu chez les pieds-bots, à l'endroit où la peau exerce un frottement. *Brodie* (*Traité des maladies des articulations*) en a trouvé au devant de l'angle d'une gibbosité vertébrale. *Bichat* et M. *Cruveilhier* en ont vu sur des moignons, après des amputations guéries depuis longtemps. Sur un cadavre qui portait une tumeur ancéphaloïde du cou, qui s'appuyait au bas sur la clavicule, M. *Bérard* aîné trouva une double bourse séreuse, qui de l'os se réfléchissait sur la tumeur. Ne voyons-nous pas d'ailleurs des séreuses se développer accidentellement dans d'autres points de notre économie à la suite des pressions, de frottements longtemps continués, comme à la suite des luxations du fémur sur l'os des îles non réduites, ou à la suite des fractures, dans les fausses articulations, lorsque les malades sont parvenus à la longue à marcher ?

Quand bien même ces faits manqueraient, ou qu'ils n'emprunteraient pas d'autorité de ces noms si recommandables, ne pourrait-on pas soutenir cette idée *à priori?* Le tissu cellulaire, formé de vacuoles imbibées de sérosité, ne présente-t-il pas un écartement entre ses mailles où viendra affluer une plus grande quantité de liquide pour en remplir le vide, quand il sera pressé, distendu? Si la pression dure longtemps, l'irritation y appellera toujours les fluides; les parois de la cavité s'épaissiront, et l'absorption ne se faisant plus, une bourse séreuse sera formée.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les bourses séreuses superficielles, soit naturelles, soit accidentelles, sont exposées aux mêmes altérations morbides que celles des autres membranes séreuses. La plus fréquente et la moins grave de ces altérations consiste dans l'augmentation du liquide qui y est contenu, et qui forme la maladie dont, pour la première fois, *Béclard* a parlé sous le nom d'*hygroma*.

Si le liquide s'est accumulé sans inflammation bien évidente, il est incolore, et paraît être formé en grande partie par de l'albumine qui se coagule aussitôt par l'action de l'acide nitrique ou de la chaleur. Ce liquide peut être jaunâtre, contenir des flocons albumineux, devenir plus ou moins trouble ou de couleur verdâtre. Il est en tout semblable à celui de l'hydrocèle.

Lorsque l'inflammation s'est développée dans ces cavités, la membrane séreuse devient rouge et s'altère en même temps que la sécrétion y est augmentée, et alors le liquide a perdu sa limpidité. Il est plus gluant, plus consistant; il peut être mêlé à du pus, à des débris de

fausses membranes. Du sang a été trouvé dans ce liquide qu'il teignait de sa couleur, et c'est même un fait assez peu rare dans les bourses du genou et du coude, dans les cas surtout où un corps extérieur frottait contre la tumeur, ou qu'un choc y avait été reçu, ou une pression forte souvent renouvelée. Le sang existe dans ces tumeurs de deux manières : 1° ou bien il est contenu dans la cavité même ; 2° ou bien il est infiltré dans la paroi de la bourse. Dans le premier cas, le sang, en séjournant dans la cavité, se sépare en grumeaux plus ou moins abondants, nageant dans la sérosité. Ces grumeaux, avec le temps, s'épaississent, se décolorent par l'absorption de la matière colorante ; d'autres fois la partie séreuse du liquide disparaît, et ils sont noirs, mêlés aux débris albumineux des fausses membranes ; ils prennent alors une couleur chocolat. Livrés au repos, ils deviennent un noyau dur, autour duquel viennent se déposer les parties les plus consistantes du liquide, de manière à en augmenter le volume. Ce sont ces grumeaux de sang, ou ces flocons albumineux plus ou moins condensés, qui, frottant les uns contre les autres, donnent au chirurgien la sensation de crépitation qu'il ressent en explorant certaines de ces tumeurs. Ces grumeaux ont parfois, quand ils sont anciens, la forme, la couleur blanchâtre, la densité d'un grain de riz cuit, ou ressemblent à des portions de cartilage détachées des surfaces articulaires, ou bien aux corps étrangers, fibreux, cartilagineux, qui ont été rencontrés dans les articulations, et avec lesquels on les a confondus. On s'est même servi de l'explication qu'on a donnée de la formation de ces grumeaux blancs aujourd'hui bien connue, pour se rendre compte, par analogie, du développement de ces corps étrangers articulaires. Dans le second cas, le sang est simplement

infiltré dans les parois de la tumeur, et leur donne une couleur violacée plus ou moins foncée, plus ou moins uniforme, qui a pu, dans certains cas, comme j'en connais un exemple, faire longtemps hésiter des praticiens peu assurés de leur diagnostic, et auxquels cette coloration en imposait. Je fus consulté par une malade qui portait une tumeur molle, fluctuante, au devant de la rotule qu'elle dépassait en tous sens, gênant par son volume, livide, violacée. Son médecin, disait-elle, hésitait et craignait que ce ne fût une maladie grave. Je rassurai la malade sur l'issue de la tumeur, qui n'était qu'une bourse séreuse dont l'enveloppe était infiltrée de sang.

Les tissus auxquels est unie la membrane séreuse participent plus ou moins à son inflammation, et sont alors épaissis comme elle. Cet épaississement tient tantôt à la condensation du tissu cellulaire extérieur, avec lequel elle est en rapport, et qui, plus tard, devient dur et fibreux; tantôt à la formation d'une fausse membrane qui se dépose à la surface interne de la cavité, et lui adhère assez intimement pour qu'il soit difficile de les séparer.

Le liquide accumulé dans ces bourses fait augmenter leur volume au point qu'elles acquièrent des dimensions parfois très-grandes. J'en ai vu au devant du genou qui auraient pu contenir le poing d'un adulte. Arrivées à ce volume, elles perdent en même temps leur forme, leur configuration, et, au lieu d'être arrondies et ovoïdes comme dans leur état primitif, revêtent des formes plus ou moins irrégulières. Dans quelques-unes on trouve des divisions par lobes, dues soit à des brides fibreuses qui serrent ces sacs en dehors de leur cavité et leur donnent un aspect bosselé, soit à des filaments intérieurs qui la divisent en loges. Quand ces bourses séreuses ont acquis

une certaine dimension et qu'elles existent depuis longtemps, elles sont rarement uniloculaires, malgré leur apparence lisse à l'extérieur, qui fait croire à cette disposition. Ces filaments intérieurs, minces, diaphanes, qui ne sont que des prolongements en différents sens de la membrane séreuse qui tapisse la cavité de la bourse, offrent une grande variété quant à leur forme, leur étendue, leur nombre, leur direction, leur jonction. Comme l'intérieur des autres séreuses, soit profondes, soit d'enveloppes, ne présentent pas ces dispositions, on doit penser que, dans les bourses séreuses superficielles, ces filaments proviennent de maladies antérieures; et cette opinion deviendra une certitude, si le fluide qu'elles renferment est altéré, ou si la peau, le tissu cellulaire qui forment leur paroi la plus extérieure, sont eux-mêmes désorganisés, comme dans l'observation suivante.

Première observation.

Dans l'hiver de 1836, je trouvai parmi les cadavres livrés aux dissections des élèves de l'école de médecine, une vieille femme qui avait été apportée de l'hôpital-général, et sur la maladie de laquelle je n'ai pu avoir aucun renseignement. Elle portait au devant de la rotule une tumeur qui avait 8 centimètres environ de saillie, et qui dépassait cet os dans toute son étendue. A la partie inférieure, le ligament rotulien n'était pas recouvert par elle. Quand la jambe était allongée, la peau de la tumeur était tendue. Cette peau, de même couleur que celle de l'autre genou, semblait plus dure, plus coriace; on ne pouvait y faire de pli. La fluctuation n'y était pas sensible. Quand on pressait sur la tumeur, la jambe étant

étendue, on rapprochait les surfaces articulaires de la rotule et du tibia que l'on pouvait faire frotter les unes contre les autres, et alors la main pouvait apprécier que le glissement n'était pas aussi doux, que les surfaces étaient moins lisses que dans le genou sain. J'enlevai la tumeur, la peau était dure, épaissie; le tissu cellulaire au dessous était fibreux; le tissu aponévrotique et fibreux qui passe au devant de la rotule était engorgé, tuméfié et très-résistant. Cette tumeur adhérait à la rotule au moyen de ce tissu cellulaire lâche.

La cavité contenait quatre à cinq cuillerées d'un liquide séreux jaunâtre. Ce liquide, placé sur le feu, s'est promptement coagulé. Elle était lisse comme les cavités des séreuses, offrait des espaces circonscrits par des lames filamenteuses nombreuses, minces, transparentes comme des bulles de savon ou des toiles d'araignées, qui se portaient d'un point à l'autre dans différents sens, et circonscrivaient ainsi des loges. C'étaient de véritables séreuses accidentelles que l'inflammation avait développées. Il y avait çà et là des ecchymoses dans l'épaisseur de ses parois. L'articulation ouverte après avoir enlevé la rotule, j'ai trouvé les surfaces articulaires, revêtues ordinairement d'un cartilage lisse, rugueuses, inégales, présentant une surface hérissée de filaments blancs, épais, longs de 2 mil. environ, absolument comme le tissu d'un velours rude. Ces filaments manquaient çà et là, comme s'ils eussent été corrodés. C'était ces filaments dus aux cartilages malades, dégénérés, qui donnaient la sensation de frottement dont j'ai parlé plus haut. Le genou gauche était sain. Nos confrères Orillard et Pingault fils ont assisté à l'autopsie.

Quand ces tumeurs sont survenues à la suite du frottement continu, la peau qui les recouvre est simplement

épaissie, rugueuse, indurée, d'une couleur violacée, due, comme je l'ai déjà dit, à l'infiltration du sang, ou bien à quelques vaisseaux veineux dilatés, variqueux, qui la parcourent. Le tissu cellulaire au dessous s'altère. Si l'inflammation est aiguë, il est infiltré d'un fluide jaunâtre épais ; la séreuse de la bourse est injectée d'une multitude de vaisseaux, et si elle continue, la suppuration pourra survenir ; en l'ouvrant on donne issue à du pus mêlé à la sérosité altérée.

Le pus ne provient pas seulement de l'extérieur de la bourse, du tissu cellulaire qui l'entoure, quoique M. *Bielkiewicz* ait avancé que la capsule se trouvait en grande partie isolée, et ne contribuait pas à la suppuration. Il y a lieu de croire cependant que le plus souvent la bourse et le tissu cellulaire sont également enflammés. Le liquide qui s'écoule est du pus plus fluide, plus gluant que le pus ordinaire, ce qui me fait dire qu'il est mêlé à la sécrétion de l'organe, quoique plus tard le liquide qui s'échappe par l'ouverture se rapproche davantage de la sérosité naturellement sécrétée ; ce qui tient au degré différent de l'inflammation dans la séreuse. Voici une observation qui constate ce fait.

Deuxième observation.

Une jeune fille de quatorze ans, bien développée, grande, mais non réglée, portait depuis quelques jours un bouton assez saillant au devant de la rotule, à l'attache de son ligament vers son angle inférieur. Pendant la marche, frottant contre la chemise, il devint douloureux et s'enflamma. Lorsque je fus appelé, elle ne pouvait pas marcher, et au devant de la rotule existait une tumeur du

volume d'une grosse pomme d'api ; elle était rouge à sa partie déclive et à son sommet ; la peau, à son point le plus élevé, conservait sa couleur naturelle ; la tumeur était douloureuse, surtout dans les mouvements de flexion et sur les côtés du genou ; il y avait de la tuméfaction. En touchant la tumeur, la peau était dépressible, et on pouvait y sentir la fluctuation. La rotule était facilement portée en dedans ou en dehors, à volonté, sans qu'il y eût de frottement sur les surfaces articulaires qu'elle touchait, sans l'interposition d'un liquide. Cataplasmes émollients, repos, moins d'aliments.

Le lendemain, les symptômes s'étaient accrus ; la tuméfaction avait augmenté, la rougeur était plus vive, un peu de fièvre. Je fis appliquer huit sangsues, qui saignèrent beaucoup. La malade fut soulagée. Mais quelques jours après, au devant du ligament rotulien, la tumeur plus rouge, plus douloureuse, ayant proéminé, j'y plongeai une lancette de bas en haut, et il s'en écoula un peu de pus mêlé de sang et plus d'une cuillerée d'un liquide épais, trouble, mais filant comme du blanc d'œuf. Les lèvres de l'incision étaient rouges, mais il n'y avait qu'une hypérémie peu marquée dans la partie de la tumeur qui n'était pas enflammée. Cataplasmes émollients, repos, diminution des aliments. Après cinq à six jours, la plaie se cicatrisa, et la jeune malade fut rendue à ses occupations.

Si l'inflammation a une marche chronique, l'épiderme s'épaissit par couches qui tombent par lamelles ; puis le tissu cellulaire s'indure, devient fibreux au point qu'il empêche de percevoir la fluctuation que l'on pourrait découvrir dans la tumeur, et se confond, se perd insensiblement avec le tissu fibreux qui recouvre la rotule. Il

crie sous le scalpel, résiste, et est formé de filaments blanchâtres diversement entrecroisés. La bourse séreuse elle-même participe à cet état d'épaississement, soit qu'une fausse membrane lui adhère intimement à l'intérieur, soit que ce soit la propre substance de la séreuse elle-même qui se soit épaissie; et dans l'un comme dans l'autre cas, elle a perdu son poli à sa surface interne, ainsi que sa transparence. L'épaisseur et la dureté vont sans cesse en augmentant, comme *Meckel* l'a constaté.

Je n'ai jamais rencontré la dégénérescence cartilagineuse de ces bourses. Mais M. *Bielkiewicz* l'a observée dans celle de la rotule et de l'olécrane. L'analogie seule a fait admettre la dégénérescence osseuse.

Quand la guérison a été obtenue par la résorption du liquide, la bourse revient sur elle-même et s'affaisse. S'il n'y a pas eu d'adhérences étendues, on peut en redouter le retour; et alors, à la place de la tumeur, on sent les tissus engorgés, épaissis, et comme glissant les uns sur les autres.

Il y a quelques années, une femme de la rue des Feuillants, jouissant d'une bonne santé, vint demander mon avis pour une tumeur qu'elle portait au devant du genou. L'année précédente, cette même tumeur était survenue seule, sans cause, sans douleur, sans que la malade pût se rendre compte de son développement, et après plusieurs mois elle avait disparu sans traitement. A sa place il restait de l'engorgement; on pouvait s'assurer que l'adhérence n'avait pas eu lieu, qu'il pourrait y avoir récidive. En effet elle reparut, et elle la portait depuis six mois quand elle vint me consulter. Elle gênait la malade, était un peu douloureuse. La peau qui la recouvrait était de couleur naturelle; son volume, celui d'un œuf d'oie, ne

dépassait guère la rotule au devant de laquelle elle était placée. On y sentait une fluctuation obscure. Cette femme n'avait point eu de rhumatisme. Je lui prescrivis un emplâtre de Vigo *cum mercurio* assez large pour la recouvrir. L'emplâtre tomba de lui-même longtemps après, et la tumeur qui avait disparu une première fois ne s'est pas renouvelée jusqu'à ce jour, plusieurs années après l'emploi des fondants.

Quand, au contraire, il y a eu inflammation intense, suppuration, ouverture accidentelle ou par l'art, au lieu où elle existait on voit une cicatrice, la peau est adhérente et ne reprend plus sa mobilité. Il n'y a plus de récidive à craindre.

III. SYMPTÔMES.

La symptomatologie de ces tumeurs est peu variée. Les phénomènes qui en accompagnent le développement sont toujours à peu près les mêmes dans quelque région qu'elles se présentent, ce qui en rend le diagnostic le plus souvent facile. Sur un des points que j'ai indiqués plus haut, le malade a découvert tout-à-coup, et sans que rien ait pu lui en faire connaître l'origine ni la cause, une tumeur pour laquelle le plus souvent il ne demande pas de secours, en raison de son indolence et de la liberté de fonctions qu'elle laisse à l'organe sur lequel elle apparaît. Mais parfois aussi elle se montre à la suite d'un choc, d'une pression continue, ou bien de l'habitude de rester longtemps appuyé sur ce point, comme chez les imprimeurs, les tailleurs, chez les personnes qui se placent souvent à genoux ou s'y tiennent trop longtemps, ou à la suite d'un froissement rude des vêtements, des chaussures.

Il est plus rare qu'elles soient dues à des causes internes, comme la goutte, le rhumatisme. M. *Jules Cloquet* a vu sur un jeune homme une bourse séreuse se développer spontanément au devant de la rotule droite, avec disparition des douleurs générales du rhumatisme dont il était atteint. M. *Asselin* a vu ces tumeurs succéder à des vomissements glaireux ; quand la tumeur existait, la santé était bonne; disparaissait-elle, des vomissements âcres, albumineux, se manifestaient. *Mouro* en a vu dues au vice scrophuleux.

Après ces différentes causes, un gonflement se manifeste, un peu sensible quand la cause est externe ; indolent, au contraire, quand il est dû à une cause interne, mais qui, à la longue, devient toujours incommode au malade. Alors il y a une tumeur qui croît, se développe lentement, et devient d'autant plus considérable que les tissus prêtent davantage en raison de leur extensibilité. Elle est molle; le toucher en est peu douloureux, s'il n'y a pas d'inflammation. Il est impossible d'y apercevoir de la transparence, mais on y sent de la fluctuation, on y acquiert la certitude de la présence d'un liquide. Quand la tumeur permet de l'y sentir, on éprouve dans certaines d'entre elles la sensation d'un frottement particulier analogue à la *crépitation*, qui a pu en imposer assez pour faire croire à une maladie de l'articulation ou à un abcès ; sensation due à la présence de grumeaux formés par la fibrine du sang épanché, ou à un dépôt de l'albumine après une inflammation; symptôme tellement sûr, que quand il l'acquiert, le médecin peut hardiment annoncer la présence du sang ou de quelques-uns de ses éléments dans la tumeur.

Suivant que l'articulation au devant de laquelle elle

siége sera dans la flexion ou l'extension, la tumeur sera tendue ou molle, sans pour cela changer de position; toutefois, elle pourra s'accroître en tout sens, suivant l'extensibilité des tissus où elle se développe. Sa forme est le plus souvent arrondie ou ovoïde, quand elle ne dépasse pas le volume d'une noix; mais elle changera, s'il augmente, pour en revêtir une qui sera indéterminée, et dépendra de la résistance qu'elle éprouvera dans un point, ou de la facilité qu'elle rencontrera à se porter vers un autre. Au devant du genou, où elle se développe le plus souvent, la rotule est mobile d'un côté à l'autre, et glisse sans bruit sur le fémur; dans ce mouvement, si la jambe est étendue, en plaçant le doigt sur le centre de la tumeur et en pressant, on déplace le liquide sans le faire refluer sur les côtés de cet os. Il se répand également dans toute la tumeur qui devient plus tendue, et on sent que la rotule touche la poulie articulaire du genou, qu'elle n'en était pas séparée par un liquide, comme dans l'hydarthrose.

Presque toujours lisse et polie à sa surface, elle sera bosselée et inégale s'il y a quelques brides fibreuses et résistantes qui s'opposent à son progrès. Les téguments conservent leur aspect ordinaire; mais s'ils sont distendus, ils s'amincissent, deviennent livides et bleuâtres si des vaisseaux variqueux circulent dans leur épaisseur, ou que leur rupture y produise des ecchymoses; ou bien ils s'épaississent si l'inflammation s'en est emparée à plusieurs reprises, ou si la tumeur a été longtemps comprimée. Alors il n'est plus possible d'y sentir la fluctuation. Parvenue à un développement plus grand, la tumeur reste stationnaire; ou bien, si elle s'accroît, un nouveau symptôme va se développer: c'est la gêne qu'elle apporte dans

les mouvements de la partie au devant de laquelle elle est placée, et dont le volume peut égaler celui de la tête d'un enfant. Après une durée indéterminée, certaines disparaissent sans aucun traitement, mais lentement. D'autres fois, la bourse séreuse disparaît tout-à-coup; mais alors il survient une douleur dans une articulation, de la tuméfaction, ou des vomissements glaireux. Dans l'un et l'autre cas, la maladie peut reparaître une seconde ou une troisième fois. Il y a alors métastase, et c'est dans celles de causes internes que ce phénomène se voit le plus souvent.

Jusque-là il n'y a pas eu de symptômes généraux; toutes les fonctions du malade ont conservé leur intégrité, et des changements ne surviendront qu'autant que l'inflammation s'en sera emparée. Alors la douleur est vive, la chaleur forte, la gêne des mouvements plus grande, le pouls, la fièvre développés; la tension augmente, la fluctuation devient sensible si elle ne l'était déjà, parce que la peau s'amincit; bientôt la tumeur va s'ouvrir ou obliger le médecin à donner issue au liquide.

Ainsi abandonnée à elle-même, sa terminaison se fera de quatre manières différentes : 1° par l'état stationnaire, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, et dans ce cas la peau, les enveloppes s'épaississent, deviennent fibreuses; les liquides peuvent se mêler, se combiner avec les produits de l'inflammation, devenir plus épais, plus consistants, les faire plus ou moins ressembler à ceux des tumeurs enkystées; 2° par la suppuration, si l'inflammation s'en est emparée une ou plusieurs fois; 3° par l'absorption du liquide et la disparition de la cavité séreuse; 4° par métastase, et alors il y a chance de retour.

IV. DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours aussi facile que pourrait le faire croire leur apparente simplicité. Toutefois, il n'y a qu'au genou où quelques difficultés peuvent se rencontrer. Il faudrait, de la part du chirurgien, bien de l'inattention ou de l'inexpérience, pour les confondre avec une *tumeur blanche* dont elles diffèrent autant par leur forme et leur marche que par leur nature et leur traitement. Si on se souvient que dans l'*hydarthrose* la rotule, soulevée par le liquide épanché dans l'articulation du genou, en est rapprochée quand le médecin presse sur elle, et vient toucher le fémur dont on peut apprécier le choc, en même temps que le liquide reflue sur les côtés de cet os, où il vient faire saillie ; si on se souvient que la crépitation peut se rencontrer dans les bourses séreuses, il sera difficile de ne pas distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. Quand bien même les *tumeurs enkystées ou non du genou* n'en seraient pas distinguées dans un jugement trop précipité, il n'y aurait nul danger pour le malade quand elles sont superficielles, car le traitement doit être le même. Il est bon de dire cependant que, dans un concours de clinique chirurgicale, des hommes d'un grand mérite, trompés par la crépitation dont j'ai parlé, diagnostiquèrent l'existence d'un abcès au devant du genou, lorsque l'un d'eux annonça que la tumeur n'était autre qu'une bourse séreuse très-développée qui contenait du sang, et l'incision de la tumeur vint à l'instant même justifier son diagnostic, en infirmant celui de ses compétiteurs.

Le pronostic de cette maladie n'est pas grave ; seule-

ment, quand la tumeur est arrivée au point de gêner assez les fonctions de l'organe où elle siége, et qu'elle a résisté à tous les moyens que j'indiquerai, il faut recourir à une opération qui n'est pas sans danger, puisque M. *Velpeau* a vu deux fois la mort en être la suite.

V. TRAITEMENT.

C'est de l'anatomie morbide étudiée avec soin et des phases diverses que la maladie a parcourues, qu'il faut déduire le traitement, que les indications thérapeutiques doivent découler; car l'altération des tissus doit être ici, comme dans toutes les maladies, la base sur laquelle s'appuie l'indication.

Lorsqu'il n'y a qu'une augmentation simple de sécrétion, que le liquide qui distend la tumeur n'est point altéré, en un mot, qu'il n'y a point d'inflammation intense ou appréciable dans la membrane séreuse sécrétante, le traitement sera simple, car la maladie disparaît quelquefois d'elle-même, mais aussi se reproduit facilement.

L'emplâtre de Vigo, de ciguë, les frictions avec les pommades excitantes, avec le proto ou deuto-iodure de mercure, les vésicatoires volants, ont eu d'heureux résultats. Ici le médecin a pour but d'exciter l'absorption du liquide.

Pour arriver au même but, on a aussi vanté l'emploi de la compression. D'abord employé dans les hydropisies ascites, on a étendu plus loin ce traitement. Il a été essayé dans celui des bourses séreuses sous-cutanées du coude et du genou. Je dois dire cependant, et pour l'avoir observé, qu'il est difficile que la compression puisse y être longtemps continuée, parce que l'état d'immobilité de ces

deux articulations et l'extension où on doit tenir celle du genou pour qu'elle soit bien exactement appliquée, deviennent promptement gênants et douloureux; que la constriction nécessaire pour affaisser la tumeur, même lentement, ne peut être que difficilement supportée autour de ces articulations; la douleur oblige à desserrer l'appareil, ou à ne pas le serrer assez pour qu'il soit alors inutile. Autour des grandes cavités comme le ventre, la mollesse des parois permet l'affaissement des tissus; les veines nombreuses qui y circulent s'anastomosent plus ou moins directement avec celles de l'intérieur de la cavité, qu'elles peuvent ainsi suppléer en cas d'altération. Mais autour des articulations du genou, du coude, etc., ces conditions n'existent pas. Les veines sont si petites, les anastomoses si étroites, qu'y trop compter serait s'exposer à des mécomptes. Mais la compression peut être utilement combinée avec d'autres moyens, la ponction par exemple, pour mettre les parois de la bourse séreuse en contact et en favoriser la réunion. Les injections irritantes dans la tumeur, après avoir évacué le liquide par la ponction comme dans l'hydrocèle, en produisant une inflammation adhésive dans les parois opposées de la tumeur, amèneront la guérison. Quand elle est peu volumineuse, on peut aussi l'ouvrir par une incision et en faire suppurer la cavité. Il faut que l'incision soit large, car trop étroite elle se refermerait avant que l'inflammation se fût développée dans toute son étendue, et la maladie se reproduirait. La mèche que l'on placerait dans la plaie trop étroite ne suffirait pas pour y faire développer l'irritation nécessaire à la cicatrisation. Il en serait de même du séton passé à travers la tumeur, et qui, de plus, pourrait faire dégénérer les tissus qu'il irriterait, ou faire

naître des accidents assez graves pour occasionner la mort, comme cela est arrivé à M. *Brodie* dans une circonstance que j'indiquerai plus bas. L'écrasement de la tumeur a été parfois heureux : le liquide s'écoule dans le tissu cellulaire environnant, et est absorbé, en même temps que la violence qui en est la cause fait développer une inflammation adhésive que l'on peut rendre plus efficace en l'aidant par la compression. Cette rupture a quelquefois lieu accidentellement. En voici un exemple : Une religieuse portait au devant de la rotule du genou droit une tumeur du volume du poing d'un adulte. Elle était molle, peu douloureuse, gênait la malade quand elle marchait ou se plaçait à genou, parce qu'alors elle était tendue. Sa couleur était d'un bleu noirâtre. Peu incommodée de cette tumeur, la malade n'avait consulté personne. Un jour qu'elle prenait part aux jeux des élèves confiées à ses soins, elle se laissa brusquement tomber à genou; la tumeur se rompit, et il s'écoula en partie au dehors par une petite plaie, en partie dans le tissu cellulaire, un liquide séro-sanguin. La malade n'y apporta aucun soin, et la guérison a eu lieu sans retour.

Dans le choix de ces moyens de traitement, il faut avoir deux principes pour guide : 1° faire en sorte que la bourse ne soit remplie que par un liquide limpide, non altéré, afin qu'il puisse être absorbé, si on veut mettre en usage les fondants et les résolutifs; 2° faire en sorte que toute la cavité de la tumeur s'enflamme à la fois, ou que la suppuration survienne également dans toute l'étendue de la membrane séreuse, car sans cela la guérison n'aurait pas lieu, si on fait choix des moyens qui pourront arriver à ce résultat.

Si l'inflammation s'est développée dans la tumeur, le

traitement devra être différent, quand elle n'est pas trop avancée, quand elle ne s'étend pas aux autres tissus du genou, et qu'on n'a pas à craindre son extension dans l'intérieur de l'articulation, auquel cas on doit tout faire pour la contenir dans de justes limites ; ce n'est là qu'une circonstance toute favorable, et que le médecin devra faire concourir à la guérison du malade. L'inflammation modérée qui se développera ici fera sécréter une fausse membrane qui contribuera à former l'adhérence au moyen de laquelle la cavité s'oblitérera ; ou bien elle sera vive, et alors le pus qui en sera la suite, le résultat, ou se fera jour au dehors, ou l'art viendra lui donner issue. Loin donc d'être défavorable, il faudra la considérer comme un avantage et se borner à la modérer par le repos, les émollients, la diète, les sangsues ; et aussitôt que le pus sera formé, que la tumeur s'élèvera en pointe, on lui donnera issue avec la lancette ou le bistouri. C'est dans une circonstance semblable que M. *Brodie* passa un séton dans la tumeur chez deux malades ; l'un est mort, et l'autre fut gravement malade. Cette conduite ne devra donc pas être imitée.

Quand enfin la tumeur est parvenue à un grand développement, que la peau est trop amincie, les tissus environnants trop altérés, que le tissu cellulaire engorgé et devenu fibreux résiste à l'action des résolutifs, tous les moyens ci-dessus seront insuffisants. Il serait alors dangereux d'y exciter l'inflammation, la suppuration, parce que, développées dans une surface altérée aussi étendue, elles pourraient se propager à l'articulation voisine et devenir la cause d'accidents graves, mortels. Dans ce cas, il ne reste plus qu'une ressource pour arriver à la guérison, c'est l'ablation de la tumeur. Seulement, le pra-

ticien prudent ne devra s'y décider qu'après de sérieuses réflexions, qu'autant que la gêne de la tumeur est très-grande, que son volume, la douleur qu'elle produit ou sa désorganisation la commandent formellement, car l'inflammation consécutive pourrait aussi s'étendre à l'articulation, et devenir la cause de la mort du malade. M. *Velpeau* en a rapporté deux observations. Le fait suivant est un exemple de terminaison heureuse à la suite de cette opération.

Troisième observation, communiquée par M. Pingault fils.

Une dame religieuse au Bon-Pasteur portait depuis plusieurs années au genou droit, au devant de la rotule, une tumeur d'abord molle, d'une forme irrégulière. Elle ne la gênait point au début; mais souvent pressée dans la position à genou, elle devint dure, et du volume du poing d'un adulte. Arrivée à ce degré, elle gêna la malade dans la marche, au point de l'obliger à demander les secours de l'art. Les applications de sangsues d'abord, puis plus tard les résolutifs, tels que la décoction de racines de bistorte, la solution de muriate d'ammoniaque, ont été inutilement mis en œuvre. La tumeur a résisté à tous ces moyens, et gênant de plus en plus la marche, je me suis décidé à l'enlever. Après avoir fait deux incisions semi-elliptiques et disséqué la peau jusqu'au kyste, je le soulevai par sa partie inférieure et l'enlevai avec difficulté. Il était séparé de la face antérieure de la rotule par une couche épaisse de tissu cellulaire. Les artérioles furent liées. La plaie avait plus de largeur que la paume de la main. Les bords rapprochés ont été maintenus en contact avec les bandelettes agglutinatives ; de la charpie, des com-

presses, ont constitué le pansement. La malade a été mise au repos et à la diète. La plaie n'a pu se cicatriser par première intention; elle a suppuré et guéri après six semaines.

La tumeur, examinée après l'opération, était ovale; elle avait le volume d'un gros œuf d'oie; son tissu était résistant, aponévrotique, fibreux. Elle contenait un liquide séreux verdâtre, et au fond il était rougeâtre. A la face postérieure, sa paroi avait 11 millimètres d'épaisseur, et 5 millimètres en avant et sur les côtés.

Quand on se décide à opérer la tumeur, il y a une précaution essentielle à prendre, c'est d'en enlever toute la cavité à la fois, car si on en laissait une portion dans son point adhérent, il serait difficile d'arriver à la cicatrisation de cette surface séreuse sécrétante mise à nu. Tous les excitants possibles ne pourraient que difficilement en changer la nature, et il faudrait de nouveau disséquer la portion laissée dans la plaie pour arriver à la cicatrisation. Aussi le *rasement* de la tumeur, proposé par M. *Mosnier*, n'a pas été adopté, parce que par cette méthode on n'était pas toujours certain d'enlever le fond, et qu'il survenait des suppurations interminables, qui obligeaient à une seconde opération. Il est aussi très-difficile, quelque précaution que l'on prenne, d'obtenir la réunion de la plaie par première intention. Les tissus que l'on met en contact, plus ou moins altérés, devront nécessairement suppurer pour arriver à la cicatrisation. Aussi le chirurgien devra-t-il rarement la tenter.

Quand la tumeur est de cause interne, c'est cette cause qu'il faut combattre, le rhumatisme, les scrophules, etc. M. *Asselin* fit vomir le malade dont j'ai déjà parlé plus haut, chez lequel la tumeur alternait avec des vomissements glaireux. Il fut guéri de l'un et de l'autre.

OBSERVATIONS sur l'application du moxa. — Par M. Abribat, docteur en médecine.

Ire Observation. — Paralysie et rétraction des extrémités inférieures, produite par la carie de la partie antérieure du corps de la sixième vertèbre dorsale.

La femme de X..., cultivateur de la Vérune, petit village à 4 kilom. de Montpellier, âgée de 28 ans, mère de trois enfants, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1818, époque à laquelle elle ressentit aux cuisses et aux jambes des douleurs assez vives qui devenaient plus intenses lorsque la température était froide et humide. Pendant l'hiver de 1819, qui fut très-rigoureux, et pendant lequel il tomba beaucoup de neige qui séjourna assez longtemps, chose assez rare à Montpellier, les souffrances devinrent si fortes, que la malade fut obligée de s'aliter et de faire appeler un homme de l'art, qui, la croyant atteinte d'une affection rhumatismale, lui donna pendant cinq ans des soins infructueux.

Au mois de mai 1824, la malade fut portée chez moi ; je la trouvai dans l'état suivant : l'habitude du corps pâle et maigre, le pouls petit et fréquent, la peau chaude, sèche, rugueuse, de couleur de terre ; le tronc fléchi sur les cuisses, celles-ci sur le tronc, et les jambes sur les cuisses, éprouvant de vives souffrances dans ces dernières parties. Les extrémités supérieures grêles, mais sans douleurs, et exécutant librement tous leurs mouvements, tandis que ceux des extrémités inférieures étaient impossibles, sans cependant présenter aucune trace d'inflammation ou d'engorgement qui pût nous faire croire à l'existence d'une affection rhumatismale. La langue était

blanche, pâle et sèche, l'appétit nul, les digestions pénibles, les urines rares, rouges, ne déposant aucun sédiment, les excrétions alvines rares, dures, le moral très-affecté.

Soupçonnant que la maladie avait son siége ailleurs que dans les extrémités souffrantes, nous fîmes déshabiller la malade, et l'examen de la colonne vertébrale nous fit voir que nos soupçons étaient fondés. En effet, nous nous aperçûmes que la sixième vertèbre dorsale faisait une assez forte saillie en dehors et en arrière ; en appuyant le doigt de chaque côté de l'apophyse épineuse, la malade éprouvait une douleur sourde. Il est bon de remarquer que jusqu'alors cette malheureuse ne s'était jamais plainte de cette partie.

Convaincu alors que tous les phénomènes que nous avions observés dépendaient de la carie de la partie antérieure du corps de la sixième vertèbre dorsale, nous conseillâmes, comme l'unique moyen de porter remède aux grandes souffrances de la malade : 1° l'application de deux moxas, un de chaque côté de l'apophyse épineuse de la vertèbre affectée ; 2° un bon régime, approprié cependant aux forces digestives de la malade, et la tisane de fleurs d'arnica montana.

L'application du caustique répugnant à notre malade, elle voulut consulter son mari avant de l'employer. Celui-ci l'y ayant fortement engagée, elle se détermina, et huit jours après notre première entrevue, on vint me chercher avec mon estimable ami, M. le professeur Provançal. Deux moxas de coton furent appliqués aux endroits que nous avons ci-dessus indiqués ; ces moxas furent convertis en cautères, qui donnèrent d'abord un pus sanieux, qui bientôt devint louable. La malade avait d'abord pris six

bons consommés par 24 heures, faits avec du gigot de mouton et de la vieille volaille ; quelque temps après, elle fut mise à l'usage des viandes de jeunes animaux rôties ou bouillies, du bon vin vieux trempé, continuant toujours la tisane d'arnica.

Vers le milieu du mois d'août suivant, la malade commença à pouvoir faire exécuter quelques légers mouvements aux extrémités affectées, sans éprouver de grandes douleurs ; le mieux allant en augmentant, vers la fin du même mois, elle pouvait les allonger ; enfin, vers le milieu de septembre, elle essaya de marcher avec des béquilles. Les souffrances étaient à cette époque presque nulles. A la fin de septembre, elle se promenait dans sa chambre, s'appuyant seulement sur un bâton. Ce bien-être se soutint ainsi pendant quelques mois, après lesquels on vint de nouveau me prier d'aller la voir. A mon arrivée, je la trouvai à peu près dans la même situation que lorsque je l'avais vue pour la première fois. Alors je la crus perdue. Je dis aux parents de lui donner tout ce qu'elle désirerait, que j'avais perdu tout espoir de la sauver.

Sept mois s'étaient écoulés sans que j'eusse entendu parler de la malade. Pendant ce temps, les cautères s'étaient fermés. Une nuit on vint me chercher (18 décembre 1826), en me disant qu'elle était très-mal, et que peut-être je la trouverais morte à mon arrivée ; mais qu'elle désirait, ainsi que la famille, que je me rendisse de suite. A mon arrivée, je la trouvai assez calme, souffrant peu. Elle me dit qu'elle venait d'accoucher d'une fille. L'enfant était né à terme ; il était bien conformé, mais maigre, faible, pâle ou plutôt jaune. Il a vécu huit jours. Il est à remarquer que cette femme, quoique mère

déjà de trois enfants, ne s'était pas doutée le moins du monde, même pendant les douleurs de la parturition, qu'elle allait donner le jour à un quatrième. Elle nous assura qu'elle n'avait jamais ressenti les mouvements de l'enfant. Ses seins n'étaient pas plus développés que ceux d'une jeune pubère. Il n'y avait pas de sécrétion de lait. Les suites des couches n'offrirent rien de remarquable.

Dès qu'elle fut assez bien rétablie, je lui appliquai un nouveau moxa ; le même régime et le même traitement furent de nouveau mis en usage pendant six mois, en ayant le soin d'augmenter graduellement l'alimentation. A cette époque, la malade marchait comme avant sa dernière grossesse, en s'appuyant seulement sur un bâton. Elle devint de nouveau enceinte ; mais cette fois les cuisses seules étaient un peu fléchies, peu douloureuses ; les jambes n'avaient subi aucun changement, il y avait seulement impossibilité de les mouvoir. Elle avait ressenti les mouvements de l'enfant dès le cinquième mois. La sécrétion du lait se fit comme à l'ordinaire, la couche fut heureuse. L'enfant vivait et était bien portant lorsque j'ai quitté Montpellier. La mère continua les mêmes traitements, et dès que les forces le lui permirent, elle fut envoyée aux bains de Balaruc, et de là aux bains de mer à Cette, d'où elle revint parfaitement guérie. Je l'ai revue en juillet 1831, très-bien portante, marchant et travaillant comme avant sa maladie.

IIe Observation. — Sur un commencement de paralysie des extrémités inférieures, produite par la carie de la partie antérieure des sixième et septième vertèbres dorsales.

Le nommé Ambroise, cafetier, rue de la Chaussée (Poitiers), me fit appeler le 1er août 1832, pour lui

donner mes soins. Je le trouvai dans l'état suivant : teint coloré, figure maigre, le corps penché en avant, la respiration un peu gênée, l'estomac libre et remplissant bien toutes ses fonctions, les extrémités inférieures grêles, faibles, douloureuses, un peu fléchies, et dans l'impossibilité de les allonger complétement. La locomotion était si difficile et si douloureuse, qu'elle ne pouvait se faire sans le secours d'un bras étranger, d'un bâton, d'une chaise ou d'une table.

Il me dit que sa maladie avait commencé depuis environ deux ans ; que d'abord elle avait fait peu de progrès, mais que, depuis quelques mois, elle s'aggravait avec rapidité.

En examinant le malade, ne trouvant rien dans les extrémités inférieures qui pût nous rendre raison des phénomènes qu'il éprouvait, et pensant que la maladie pouvait dépendre d'une affection du rachis, nous fîmes déshabiller le malade. Le seul aspect de la colonne vertébrale nous fit apercevoir la déviation en arrière de la sixième et de la septième vertèbre dorsale. Une compression légère sur les côtés des apophyses épineuses de ces vertèbres procurait des douleurs assez vives.

Persuadé alors que la cause des souffrances de notre malade était la carie de la partie antérieure des corps de ces deux vertèbres, je conseillai l'application de quatre moxas. Le malade s'y étant déterminé, nous en appliquâmes d'abord un en coton, de chaque côté de la sixième vertèbre. (M. Teillet, alors étudiant en médecine, me servait d'aide.)

Dès que les escarres furent tombées, nous convertîmes les moxas en cautères. Le 14 du même mois, nous appliquâmes deux moxas de Larrey aux côtés de la sep-

tième vertèbre. Le malade n'ayant pas eu la patience de les laisser brûler complétement, nous fûmes obligés d'y revenir deux ou trois jours après. Ceux-ci suppurèrent pendant quelques jours ; les premiers seuls ont resté pendant quelques temps comme émonctoires. Il fut mis à l'usage de la tisane de fleurs d'arnica. Il lui fut prescrit un régime tonique et du vin amer majeur. Ce traitement fut continué pendant sept à huit mois, et au bout de ce temps la marche était facile ; le malade avait pris des forces, et vaquait à ses affaires comme il le faisait avant la maladie, et comme il continue depuis à le faire.

Je pourrais encore vous rapporter un cas qui a quelque analogie avec celui qui a été présenté dans une de nos séances par le docteur Clairat : c'est celui d'un nommé Lévêque, de Lavausseau, que nous avons vu avec notre ami le docteur Boynet. Ce jeune homme avait un abcès assez volumineux au rachis, occasionné par la carie des vertèbres. L'abcès fut ouvert par le caustique ; le malade fut mis à l'usage de la tisane d'arnica ; on lui prescrivit un régime tonique. Il est maintenant dans un état florissant de santé.

IIIe Observation. — Paralysie des extrémités inférieures chez une fille de 10 ans par suite d'une frayeur.

La petite Joséphine Laroche, de Clapiers, petit village près de Montpellier, âgée de dix ans, s'était toujours très-bien portée ; elle n'avait éprouvé jusqu'à cet âge que la rougeole. Elle était issue de parents très-sains.

Vers le milieu du mois d'avril 1823, elle eut une frayeur excessive, en voyant une autre fille de son village, âgée de 18 ans, terrassée, mordue sur presque

toutes les parties de son corps, foulée aux pieds par son âne qu'elle venait d'abreuver. Arrivée chez elle, la petite Joséphine se mit au lit, et trembla toute la nuit.

Un chirurgien fut appelé pour donner des soins à la fille blessée. On le pria de voir, en passant, la petite ; il dit aux parents que cela n'était rien, qu'il fallait seulement lui faire prendre quelques verrées de tisane d'orge sucrée et nitrée.

Au bout de huit jours l'enfant sentit dans les extrémités inférieures un fourmillement qui commençait par les pieds et finissait au tronc, avec une légère diminution de forces dans les mêmes parties, et un peu d'embarras dans la locomotion. Le douzième jour on me l'apporta ; je conseillai une saignée, des bains de pieds sinapisés, et des frictions avec le liniment de Rosen le long de la colonne épinière. Malgré l'emploi de ces moyens, la maladie fit des progrès si rapides, qu'au bout d'un mois à partir du jour de la frayeur, la petite avait complétement perdu l'usage de ses membres.

Elle fut de nouveau portée chez moi. J'engageai les parents à m'adjoindre un confrère ; ils y consentirent, et le docteur Chrestien fut appelé. Le résultat de notre consultation fut qu'il fallait appliquer deux moxas aux côtés de la colonne épinière et dans la région lombaire ; faire suivre à l'enfant un bon régime, et lui donner des antispasmodiques ; convertir ces moxas en cautères, et un peu plus tard l'envoyer aux bains de Balaruc, et de là à Cette, si l'enfant était encore privée de la marche. Ce traitement fut exécuté ponctuellement. Seulement elle n'eut pas besoin d'aller à Cette, parce qu'elle avait parfaitement recouvré l'usage de ses membres après le troisième bain de Balaruc. La malade en prit encore neuf autres, d'après

notre conseil. Après cela elle se retira chez elle parfaitement guérie ; on a laissé fermer les cautères.

IVe Observation.

Le 17 mai 1828, je fus prié de donner mes soins au fils de M. Périer. Cet enfant était âgé de dix à onze ans, d'un tempérament lymphatique. Son père est mort d'une phthisie scrofuleuse. Lorsque je le vis pour la première fois, il y avait déjà cinq mois qu'il était retenu dans son lit ; il était couché en supination, sa figure exprimait la douleur. Il nous dit qu'il souffrait beaucoup de la partie supérieure de la cuisse droite, à laquelle il ne pouvait faire exécuter aucune espèce de mouvement sans éprouver des douleurs atroces.

Après lui avoir adressé quelques questions, j'appris que, depuis environ dix mois, le jeune Périer avait fait une chute sur une pelouse, en s'amusant avec ses petits camarades, et à laquelle les parents et l'enfant lui-même firent d'abord peu d'attention, le petit n'ayant éprouvé qu'une douleur légère et fugitive, puisque le lendemain il fut en classe et s'amusa comme à l'ordinaire. Ce ne fut que quinze jours ou trois semaines après, que l'enfant se plaignit d'une douleur assez vive dans l'articulation de la cuisse avec le bassin, et d'un peu de raideur dans les mouvements ; ces phénomènes augmentèrent insensiblement, au point de produire la claudication, et enfin l'impossibilité de marcher.

Les parents avaient fait appeler un médecin qui avait fait appliquer des sangsues à plusieurs reprises autour de l'articulation malade, des cataplasmes émollients. Plus tard, et voyant l'inefficacité de ces moyens, on fit des frictions avec la teinture de cantharides ; des vésicatoires volants

furent appliqués autour de l'articulation malade. Ce traitement avait été suivi pendant quelques mois, durant lesquels il y avait eu quelques amendements passagers, qui étaient suivis de douleurs plus fortes que celles qui existaient avant chaque rémission.

Ce fut le 17 mai, comme je l'ai dit plus haut, que je vis le malade pour la première fois, avec le médecin ordinaire. A cette époque il y avait des douleurs insupportables; la partie malade était rouge, tuméfiée, et la tête du fémur presque sortie en totalité de la cavité glénoïde.

Après nous être entretenus de l'état du malade et des secours que réclamait son état, nous fûmes d'avis d'appliquer des moxas à plusieurs reprises autour de l'articulation; nous mîmes le malade à l'usage des toniques et des amers. Après trois mois de traitement, le petit malade commença à se lever, marchant dans sa chambre avec des béquilles; après six mois il était complétement guéri, et sans infirmité. Il supporta patiemment l'application de huit cautères de Larrey.

OBSERVATION

Sur l'emploi de la décoction des feuilles fraîches de noyer dans le traitement des vieux ulcères.

Par le docteur Quod, médecin de la faculté de Montpellier, ancien chirurgien aux armées françaises, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Foix, inspecteur adjoint pour les eaux thermales d'Ax, membre titulaire et correspondant de plusieurs sociétés savantes, etc., etc.

On ne saurait trop réfléchir avant d'entreprendre des opérations majeures, dont la nécessité, quelque appa-

rente qu'elle soit, trompe souvent l'homme le plus clairvoyant.

L'observation suivante en est la preuve.

Jean Roucarios dit le Fauré, forgeron, natif de la commune de Bernajou, et domicilié dans celle de St-Martin-de-Carals, canton de Foix (Ariége), âgé de 58 ans, d'un tempérament bilieux et fort irascible, entra à l'hôpital le 17 juin 1837.

Depuis 20 ans il portait à la jambe gauche un ulcère qui occupait toute la partie antérieure, depuis 3 cent. au dessous de la rotule, jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, contournant la jambe dans toutes ses parties latérales, ne laissant qu'un très-petit espace intact, quoique violacé, dans une étendue d'environ 5 cent. dans toute sa partie postérieure.

L'ulcère était profond dans toute son étendue; sans être renversés, ses bords étaient élevés et calleux; le périoste et le tibia ne paraissaient point dénudés, mais l'odeur infecte et l'abondante matière qui sortait de cette extrémité éloignaient du malade même les personnes les plus charitables.

Fatigué d'avoir reçu des soins infructueux, tant des personnes de l'art que du charlatanisme, Roucarios se présenta à l'hôpital, demandant à grands cris d'être délivré d'un membre qui non-seulement lui faisait éprouver de violentes souffrances, mais qui même par son odeur infecte le séquestrait du reste des humains.

Tel était l'état de Roucarios au 17 juin 1837. A la seule inspection de cette jambe, et saisi par la fétidité qu'il répandait dans toute la salle, ma conviction fut intime, et corroborant les idées du malade, je décidai qu'il serait amputé.

Dans son intérêt personnel, il fallut le laisser acclimater et le préparer pour favoriser la réussite de l'opération. J'en conférai avec mon honorable confrère, M. Dunac; son opinion se réunit à la mienne : il fut donc arrêté que l'opération serait pratiquée.

Les soins les plus assidus furent prodigués à Roucarios; repos, régime alimentaire et médicamenteux, rien ne fut négligé. Au bout de huit jours, je crus m'apercevoir que des bourgeons charnus paraissaient à la surface de l'ulcère; qu'ils présentaient une couleur assez vive, et que la plaie semblait se déterger. J'abattis aussitôt toutes les chairs gangrenées ou blafardes; la suppuration s'établit régulièrement; elle fut très-abondante, sans être encore de bonne qualité. Le sang coulait de plusieurs veinules à chaque pansement. Je repris courage; et bien persuadé qu'avec de la persévérance je pourrais parvenir à une heureuse terminaison, luttant contre l'opinion de mon collègue, de mon neveu, et le désir du malade, je redoublai de soins.

Je n'ignorais pas que la décoction de feuilles fraîches de noyer possédait la vertu détersive et mordicante; la saison était favorable pour en faire l'emploi, et sur-le-champ je la prescrivis pour le pansement du lendemain.

Après avoir humecté la charpie qui couvrait l'ulcère, elle fut facilement enlevée, et le sang ne coula presque point. J'employai cette décoction, soit en lotions, soit en douches en arrosoir, à une élévation d'environ 19 cent., tant pour entraîner les matières qui se trouvaient encore sur la surface ulcérée, que pour nettoyer ses bords, que j'avais la précaution de recouvrir d'une bandelette enduite de cérat de Galien.

Je détruisis peu à peu les callosités au moyen du nitrate

d'argent promené légèrement sur la surface calleuse, et je ne fus pas peu surpris de voir les chairs monter rapidement, et prendre une consistance solide, sans inégalités et sans boursouflements.

Dès ce moment l'ulcère changea de face : de hideux qu'il était, son aspect me présagea une amélioration sensible à laquelle j'étais loin de m'attendre; car la déperdition de substance était si grande, et la suppuration tout à la fois si abondante et si fétide, que je craignais que son ichor détruisant le périoste et altérant même la propre substance osseuse, m'ayant forcé jusque dans mon dernier retranchement, je ne fusse obligé de recourir promptement à l'amputation.

Fort heureusement la scène changea de face : l'ulcère n'eut plus cette lividité redoutable ; de blafardes et de mollasses qu'elles étaient, les chairs prirent une couleur vermeille; les bourgeons charnus se développaient, et chaque jour la cicatrisation semblait prendre un accroissement plus sensible. La callosité de ses bords disparut totalement; la suppuration devint louable, diminua progressivement, et Roucarios, dont le moral devenu plus calme secondait parfaitement le travail de la nature, me parut ne plus devoir perdre l'usage de sa jambe.

Quelque grande, quelque prompte que fût cette amélioration, je n'en persistai pas moins dans l'usage de la décoction de feuilles fraîches de noyer.

Le régime alimentaire fut augmenté en raison des forces du malade et de la diminution de la suppuration.

Quelques pilules de Belloste, administrées tous les cinq ou six jours, au nombre de quatre à huit, des boissons amères et quinacées, quelques lavements émollients, produisirent les meilleurs effets. Enfin la cicatrice fut

entière et parfaite le 1er janvier 1838, c'est-à-dire six mois et treize jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

Il ne me suffisait pas d'être parvenu à cicatriser un ulcère aussi invétéré, aussi étendu, et qui présentait un aussi grand délabrement ; il fallait encore raffermir la cicatrice, et l'empêcher de se rouvrir : pour cet effet, je couvris la jambe de compresses trempées dans du vin miellé pendant quinze jours ; elles furent ensuite remplacées par un léger bandage, roulé et matelassé, comme défensif. En peu de temps la jambe reprit le volume et la force de sa correspondante, et le 20 février Roucarios quitta l'hôpital pour ne plus y rentrer.

Depuis cette heureuse époque, c'est-à-dire le 27 avril 1839, j'ai eu occasion de le voir chez son frère, où j'allais donner des soins à la fille de ce dernier. Je le trouvai armé d'un levier, et soulevant les plus forts blocs d'une roche que la mine avait fait sauter en éclats ; il m'assura que non-seulement il n'éprouvait ni gêne ni douleur dans cette jambe, mais qu'elle était aussi forte que l'autre.

Nouvel appareil pour le traitement des fractures compliquées de la jambe, présenté par M. Jarriault, docteur en médecine à St-Savin.

RAPPORT DE LA COMMISSION.

Messieurs,

Vous avez renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Chevalier, Thiaudière et Quotard, l'appareil de M. Jarriault. Rapporteur de cette commission,

je viens vous faire part de son travail et des réflexions qu'elle a cru devoir vous soumettre. Je vous ferai d'abord connaître la description de l'appareil, écrite sous la dictée d'un habile mécanicien, M. Adolphe Dumus.

L'appareil de M. Jarriault, destiné aux fractures compliquées de la jambe, peut se diviser en deux parties distinctes, l'appareil proprement dit, et le cerceau.

L'appareil se compose d'une planche, ou base de l'appareil ou plate-forme ; elle doit avoir au moins 30 cent. de largeur sur 65 cent. de longueur ; elle est échancrée à son extrémité supérieure qui correspond au pli du jarret, et reçoit le matelas sur lequel repose la jambe.

De chaque côté de cette planche sont deux mortaises, une à la partie supérieure près de l'échancrure, la seconde à 17 centimètres de l'autre extrémité ; elles sont garnies d'une *platine* disposée à recevoir un *mentonnet*. Chacune de ces mortaises sera remplie par un montant.

Chaque montant, en y comprenant la partie qui entre dans la mortaise, doit avoir à peu près 25 centimètres de hauteur ; il est mortaisé à jour dans les deux tiers moyens de sa hauteur. A son côté externe il est armé d'un ressort à mentonnet, qui entre dans la platine qui garnit la mortaise, afin d'en assurer la solidité.

La partie supérieure de ces montants est garnie d'un *écrou* coudé, fortement assujéti par des vis, et qui regarde celui du côté opposé ; il recevra la vis de rappel qui doit monter ou abaisser les attelles.

Dans les mortaises des deux montants entrent deux attelles fortes et larges, qui doivent avoir 4 centimètres de longueur de plus que la planche, et qui dépassent d'autant cette planche à son extrémité échancrée, c'est-à-dire du côté de la cuisse. Cette extrémité des attelles présente

une ouverture et une échancrure destinées à recevoir les courroies d'une genouillère, à l'aide desquelles doit se faire la contre-extension. — L'autre extrémité de l'attelle est plus large que le corps de l'attelle ; elle ne doit point entrer dans les mortaises des montants, et présente une queue d'aronde qui doit recevoir une traverse fermant l'appareil de ce côté, et garnie, dans sa partie moyenne, d'un écrou destiné à la vis de rappel, à l'aide de laquelle doit s'opérer l'extension continue.

La partie moyenne de chaque attelle qui se trouve entre les montants est garnie à son bord supérieur d'une forte bande de fer, présentant à chaque extrémité un *crampon* où doit être assujéti par une cheville le tourillon de la vis de rappel, qui doit élever ou abaisser les attelles. — Cette même bande est armée, dans le reste de son étendue, de cinq crochets qui soutiendront les lanières sur lesquelles reposera le membre, quand on voudra le soulever.

Cet appareil est rendu complet par une genouillère dont les courroies passent, comme je l'ai déjà dit, dans l'ouverture et l'échancrure de l'extrémité supérieure de l'attelle, et y sont fixées à l'aide d'une forte boucle ; et enfin par une talonnière qui est maintenue par trois courroies, dont deux sont fixées à l'extrémité inférieure de la jambe, et l'autre sur le coude-pied ; elle soutient une *platine à tourillon*, qui doit recevoir la vis de rappel qui passe dans l'écrou de la planche qui ferme l'appareil à sa partie inférieure ; c'est à l'aide de cette talonnière que la vis de rappel doit opérer l'extension continue.

Pour se servir de cet appareil, on place sur une planche un petit matelas sur lequel sont disposés l'appareil à fractures de Desault et les bandelettes de Scultet ; on place la

genouillère et la talonnière, et à l'aide de la vis de rappel qui passe dans la platine à tourillon de cette talonnière, on opère l'extension et la contre-extension.

Le chirurgien, placé au côté externe du membre, fait la coaptation, et place le bandage comme dans les cas ordinaires.

A chaque pansement, ou quand il est besoin de voir la partie postérieure du membre, après avoir défait le bandage, on passe sous la jambe nue trois, quatre ou cinq lanières, que l'on fixe aux crampons qui arment le bord supérieur de chaque attelle, et à l'aide des quatre vis de rappel qui passent dans les écrous coudés des montants, on soulève les attelles qui glissent dans les mortaises à jour de ces montants, et entraînent à l'aide des lanières le membre sans le déranger. Après l'avoir nettoyé, pansé, et avoir renouvelé, s'il est besoin, le bandage, on abaisse le membre sans secousse en tournant les vis en sens inverse, et on applique de nouveau le bandage.

La deuxième partie de l'appareil est le cerceau ; il se compose d'une planche ou *plate-forme* qui doit être assez longue et assez large pour recevoir le premier appareil. — Cette planche présente de chaque côté deux mortaises garnies d'une plaque à écrou, devant recevoir quatre montants portant en dehors un tenon qui entre dans l'écrou pour sa plus grande solidité.

Deux traverses reçoivent les quatre montants dans des mortaises pratiquées à cet effet ; elles sont surmontées, à chaque extrémité, d'une traverse cintrée avec laquelle elles s'articulent en *queue d'aronde*.

Ces traverses cintrées sont aussi assemblées en queue

d'aronde, et par leur milieu, avec une traverse qui reçoit une poulie dans son milieu et dans son épaisseur.

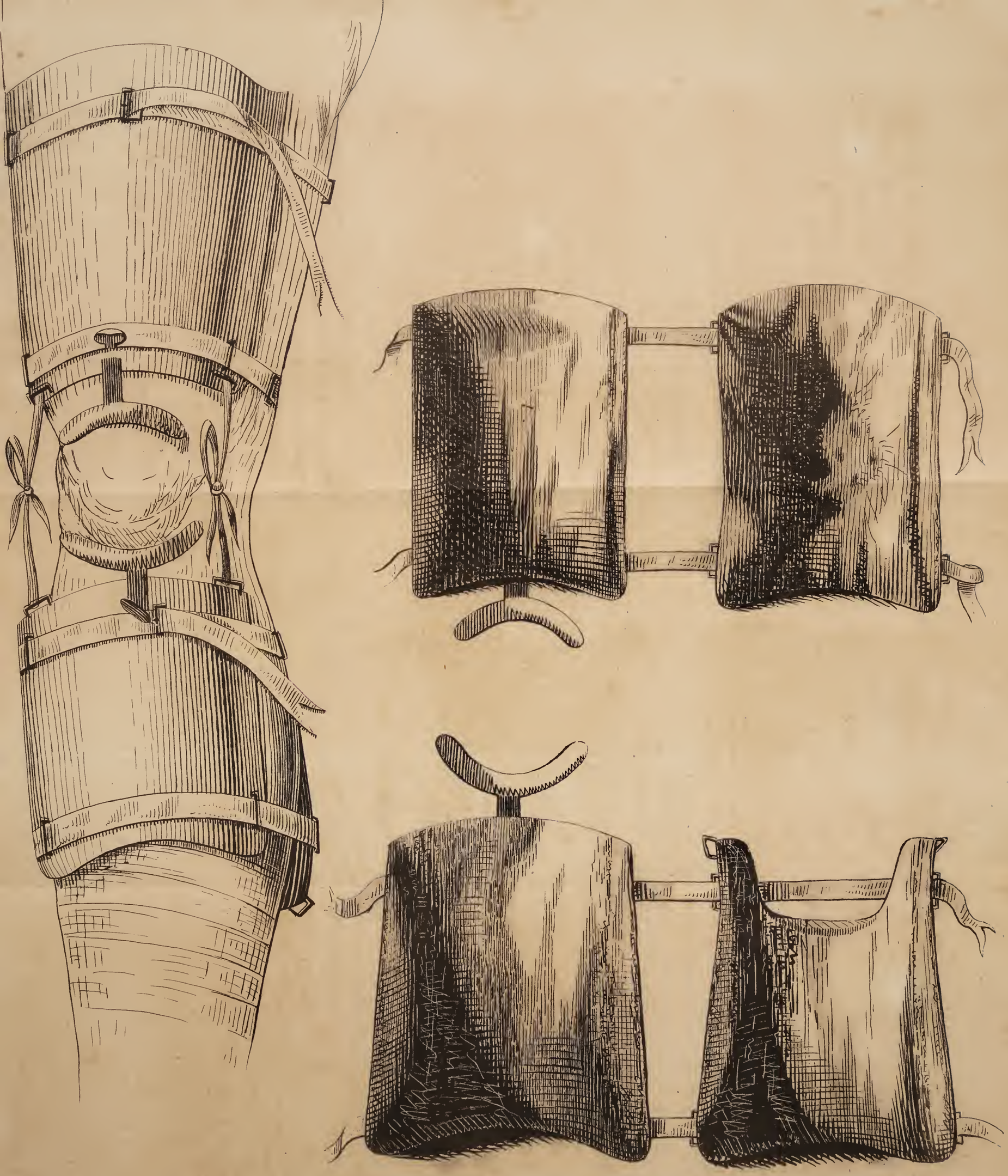
Sur cette poulie doit glisser une corde armée d'un crochet destiné à soulever et à tenir suspendu l'appareil où est placé la jambe, au moyen de deux courroies doubles fixées fortement sur les bords de la planche ou plate-forme de cet appareil. -- La corde est fixée ensuite à un crochet placé à l'extrémité de la même traverse.

En tenant ainsi l'appareil suspendu, on a voulu procurer au malade l'avantage de pouvoir changer de position sans déplacer le membre.

Cet appareil, monté en entier à l'aide de mortaises à écrous, de tenons, de queues d'arondes, peut être démonté et monté en partie ou en totalité sur le lit du malade, sans occasionner la moindre secousse.

Cet appareil de M. Jarriault, ainsi que vous avez pu vous en apercevoir en entendant la lecture de sa description, est très-compliqué, et paraît au premier coup d'œil d'une application difficile ; mais en l'examinant de plus près et à loisir, on peut facilement se convaincre des avantages immenses que la chirurgie peut tirer d'une pareille invention. En effet, avec cet appareil, on peut soigner facilement des fractures compliquées, renouveler la totalité ou une partie des bandelettes, si besoin est, soulever le membre fracturé sans aides, faire des pansements d'une manière commode autant que sûre, dans le cas de complication de plaie, quelle que soit la position de celle-ci, et faciliter les mouvements du malade sans courir le risque de nuire à la réduction des os fracturés.

L'appareil de M. Jarriault a paru à la commission fort ingénieux, et pouvant être extrêmement utile lorsque la



Appareil de Mr. Deroseau, pour les fractures de la Rotule.

Lith. Pichot Poitiers.

fracture est comminutive ou compliquée de plaie ; aussi est-ce avec une vive satisfaction que, rendant hommage à leur confrère M. Jarriault, les membres de la commission proposent à la Société de lui accorder le titre de membre correspondant, et de lui voter des remercîments sur l'importance de son invention.

Le rapporteur de la Commission,

QUOTARD.

Les conclusions de la Commission sont adoptées par la Société.

Fracture de la rotule. — Emploi d'un appareil mécanique. (Guérison). — Par M. DEROSEAU fils, médecin à Montmorillon.

Le 1er décembre 1836, je fus appelé à deux lieues de chez moi, pour donner des soins à un nommé Legeai. Cet homme, qui travaillait à l'achèvement d'un puits arrivé déjà à une profondeur de huit à dix mètres, pour descendre dans celui-ci, se mit les deux pieds dans un seau suspendu à une corde roulée sur un tour, s'en référant à l'adresse et à la force d'un ouvrier pour le conduire doucement à sa destination; mais à peine la manivelle eut-elle fait quelques tours, que le mouvement gagnant en vitesse, le malheureux ouvrier ne put opposer une résistance assez forte, et que la corde se déroulant avec une plus grande rapidité, Legeai arriva au fond du puits, heurta du genou une pierre saillante et se brisa transversalement la rotule; accident malheureusement

favorisé par l'extrême contraction des muscles chez cet individu que l'instinct de sa conservation devait faire se cramponner par un mouvement automatique à la corde qu'il tenait à deux mains, et fléchir un peu les jambes sur les cuisses, de manière à porter les pieds en arrière.

J'arrivai près du malade quelques heures après l'événement, et reconnus facilement une fracture de rotule dont les deux fragments étaient distants de trois à quatre travers de doigt. Une ecchymose considérable occupait la majeure partie de la face antérieure du genou très-tuméfié. L'état général étant satisfaisant, je me bornai à combattre l'inflammation locale. Le lendemain 2 décembre, je réduisis la fracture et maintins les fragments en rapport à l'aide d'un bandage contentif, tel qu'il est indiqué dans les auteurs; mais le manque d'aides intelligents m'obligea à refaire, le 3 et jours suivants, ce bandage, auquel on est forcé de revenir souvent alors qu'on est mieux secondé que je ne le fus dans cette circonstance.

Dès lors je songeai à suppléer par un appareil purement mécanique à l'insuffisance du premier, eu égard à l'éloignement de mon client, à son état de fortune, et à l'impossibilité pour moi de le surveiller autant qu'il était nécessaire. En effet, le 8 j'appliquai l'appareil que j'avais fait exécuter par M. Robin fils, fabricant d'instruments de chirurgie à Montmorillon, homme fort habile et fort ingénieux; il se composait de quatre pièces principales en fer battu, bien matelassées, que je diviserais en deux parties, l'une supérieure et l'autre inférieure. Ces quatre pièces courbées en tuiles différaient cependant entre elles. Les deux antérieures recevaient dans une gouttière pratiquée sur les deux tiers inférieurs de la plaque supérieure et sur les deux tiers supérieurs de la plaque infé-

rieure de la paire inférieure une tige de fer mobile susceptible d'être fixée, à l'aide d'une vis de pression, au gré des chirurgiens. Ces deux tiges, terminées par leur bord libre en croissant, étaient destinées à agir sur les bords inférieurs et supérieurs de l'os fracturé. Des deux plaques postérieures, la supérieure était échancrée dans son tiers inférieur de manière à éviter toute pression incommode sur les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe, et l'inférieure dans le sens de sa courbure présentait une concavité ovalaire profonde destinée à recevoir la saillie des muscles du mollet. Chacune de ces quatre pièces présentait en outre à ses bords libres latéraux des boucles destinées à recevoir des rubans de fil ou des courroies, an moyen desquels on pût fixer l'appareil sur le membre.

Je procédai à son application de la manière suivante : les fragments de l'os fracturé ayant été rapprochés et maintenus en rapport par un aide, la paire supérieure fut mise et fixée fortement sur le tiers inférieur environ de la cuisse, et la paire inférieure sur le tiers supérieur de la jambe, de façon toutefois à laisser deux travers de doigt environ d'intervalle entre les bords supérieurs et inférieurs des plaques antérieures inférieures et supérieures et les bords correspondants de la rotule, afin de ménager un peu de jeu aux deux croissants qui, ramenés l'un vers l'autre sur les bords inférieurs et supérieurs de la rotule, furent immédiatement fixés au moyen des vis de pression, dans le but de favoriser le rapport immédiat des deux surfaces moyennes des fragments de l'os. Préalablement étendue sur la cuisse elle-même fléchie légèrement sur le bassin, la jambe fut maintenue élevée par des oreillers convenablement disposés sous le talon.

Enfin, avant de m'éloigner de mon malade, homme

doué d'une intelligence peu ordinaire chez les personnes de sa condition, j'essayai de lui faire comprendre le mécanisme de l'appareil en question; je lui en indiquai le mode d'action, et lui montrai comment, en mon absence, il pourrait au besoin diminuer pour quelques instants, si elle lui devenait douloureuse, la pression opérée sur la rotule par les deux croissants. Pendant toute la durée du traitement, Legeai n'a eu recours que deux fois à ce moyen de soulagement, et la guérison a été complète sans que cette pression continuellement exercée ait produit le moindre désordre sur les parties soumises à celle-ci.

Dès ce moment, aucune particularité ne vint entraver la guérison : je revis le malade plusieurs fois dans l'espace de quinze jours, sans observer que le moyen parût devoir rester au dessous du résultat que j'en attendais. Le 5 janvier le malade quitta son lit, et le 12 suivant il travaillait à la terre à une assez grande distance de chez lui. Il est vrai de dire que pendant quelques jours il monta à cheval pour se rendre au lieu de son travail; cependant il pouvait déjà parcourir de longues distances à pied et travailler des journées entières.

A l'époque dont je parle, il était impossible de pouvoir constater une différence entre les deux rotules quant à leurs dimensions : cependant j'ai revu le malade longtemps après; il ne boitait plus, sa force était égale dans l'un et l'autre membre abdominal; néanmoins la rotule qui avait été fracturée était un peu plus étendue de haut en bas que celle du côté opposé, circonstance qu'on doit naturellement rapporter à l'empressement que Legeai aura mis à reprendre ses occupations pénibles avant que le cal eût acquis toute sa solidité.

Maintenant, si l'on veut descendre dans l'examen de

l'appareil dont je viens de donner la description, ainsi que de son mode d'action, à moins d'avoir juré haine éternelle, d'avoir interdit l'accès de l'arsenal chirurgical à tout ce qui porte l'empreinte de la mécanique, je crois qu'on lui reconnaîtra un avantage incontestable sur certains procédés mis en usage dans les hôpitaux et d'une application difficile dans nos campagnes, où le praticien manque le plus souvent d'aides et de linge, et dont les longues distances rendent la pratique très-pénible dans les cas où les malades ont souvent besoin de l'assistance de leur médecin. En effet, cet appareil est d'une exécution extrêmement facile et coûte peu cher ; quant à son mode d'action, il me semble qu'il doit être invariable.

Car la forme conique de la partie inférieure de la cuisse, et la saillie que forme le faisceau des muscles jumeaux à la partie postérieure de la jambe, permettent la confection de pièces susceptibles de se prêter pour ainsi dire si bien à leur configuration, qu'on peut espérer des points d'appui solides, et conséquemment obtenir une action permanente sur les fragments de la rotule. Puis, si l'on fait attention aux dimensions des pièces de l'appareil, on reconnaîtra d'abord qu'elles sont disposées de façon à ne pouvoir exercer aucune pression douloureuse sur le membre; qu'embrassant environ les deux tiers de la circonférence de celui-ci, la circulation ne peut point souffrir de leur présence, et que, d'un autre côté, cette même pression exercée fortement sur les muscles extenseurs de la jambe, de même que sur les fléchisseurs, peut et doit contrarier la tendance continuelle que ces muscles ont à se contracter, et favoriser en outre l'action des croissants sur les bords de l'os fracturé, sans que celui-ci ait plus à souffrir que les téguments qui

le recouvrent du contact des pièces de l'appareil avec lesquelles ils sont en rapport, puisque la résistance a besoin d'être d'autant moins forte que la puissance de contraction est moins énergique.

Mon intention n'étant pas de substituer un nouveau mode de traitement à ceux proposés par des auteurs recommandables pour les cas de fractures transversales de la rotule, mais tout simplement de soumettre à la Société une observation qui n'est peut-être pas sans intérêt, je n'entrerai pas dans l'examen comparatif de la méthode que j'ai suivie avec celles adoptées tous les jours dans les hôpitaux; j'engagerai seulement ceux de mes confrères auxquels mon observation pourra parvenir, s'ils font comme moi la médecine dans les campagnes, de tenter ses ressources; le succès que j'ai obtenu a été trop complet pour ne pas autoriser de nouveaux essais.

Je dois à la vérité de dire, en terminant cet article, que l'idée de cet appareil m'appartient tout entière; il a été exécuté comme je l'avais compris, sans que ma mémoire me rappelât que quelque chose avait pu être fait en ce genre et dans le même but. Cependant, m'étant livré à quelques recherches, j'ai vu, notamment dans Boyer, que d'autres avaient imaginé avant moi des procédés analogues mais abandonnés, sans cependant avoir trouvé de description d'aucun appareil identique à celui que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société. Me plaçant entre l'ignorance de l'histoire de l'art et le plagiat, j'accepte la première condition parce que c'est la vérité.

La Société de médecine a reconnu les avantages de l'appareil présenté par M. Deroseau; elle s'est empressée de voter des remercîments à l'auteur, et de l'admettre au nombre de ses membres correspondants.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Considérations pratiques sur les fièvres intermittentes qui régnèrent dans l'automne de 1838 et le printemps suivant, par M. *Jolly*. 1

Discussion sur le même sujet. 18

Erysipèles ambulants par cause externe, par M. *Quotard*. 31

Tic douloureux de la face, par le même. 34

Toux convulsive, considérée comme tic bronchique, par le même. 37

Observation et réflexions sur les fièvres typhoïdes, par M. *Pingault* fils. 39

Fracture comminutive de la jambe, par M. *Chevrier*. 46

Cas remarquable de névrose, par M. *Thiaudière*. 51

Convulsions épileptiformes, par M. *Deroseau* fils. 56

Chenilles dans la centaurée, par M. *Malapert*. 62

Théorie hypothétique de la combustion du potassium, par le même. 64

Maladies de l'articulation coxo-fémorale, par M. *Gaillard*. 67

Maladies des bourses séreuses sous-cutanées, par M. *Bonnet*. 74

Observations sur l'application du moxa, par M. *Abribat*. 96

Décoction de feuilles fraîches de noyer dans le traitement des vieux ulcères, par M. *Quod*. 104

Appareil pour les fractures compliquées de la jambe, par M. *Jarriault*. 108

Appareil mécanique pour les fractures de la ~~clavicule~~ rotule, par M. *Deroseau* fils. 113

POITIERS. — IMP. DE F.-A. SAURIN.